HAL
open science

Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé (2000-2012) : l'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes

Diarra Ndiaye

To cite this version:

Diarra Ndiaye. Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé (2000-2012) : l'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes. Sciences de l'information et de la communication. Université Rennes 2, 2013. Français. NNT : 2013REN20007 . tel-00818188

HAL Id: tel-00818188

https://theses.hal.science/tel-00818188v1

Submitted on 26 Apr 2013

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

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

THESE / UNIVERSITE RENNES2

sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne

pour obtenir le titre de

DOCTEUR De L'UNIVERSITE RENNES 2

Mention : SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATTION

Ecole doctorale Sciences humaines et sociales

présentée par

Diarra Ndiaye

Préparée dans le cadre du laboratoire PREFics E.A 3207

Université Rennes 2

Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé- (2000-2012) :L'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de RENNES

Thèse soutenue le 25 janvier 2013

devant le jury composé de :

Bertrand Parent
Enseignant chercheur MCF en Sciences de l'information et de la communication EHESP RENNES / *examinateur*

Gino Gramaccia
Professeur en Sciences de l'information et de la communication, Université Bordeaux 1 / *rapporteur*

Michel Durampart
Professeur en Sciences de l'information et de la communication, Université Toulon Var/ *rapporteur*

Christian LE MOENNE
Professeur en Sciences de l'information et de la communication, Université Rennes 2 / *examinateur*

Catherine Loneux
Directrice de thèse
Professeur en Sciences de l'information et de la communication, Université Rennes 2

TOME 1

Ndiaye, Diarra. Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé (2000-2012) : l'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes - 2013

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITÉ EUROPEENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITÉ RENNES 2

Ecole Doctorale - Sciences Humaines et Sociales

Laboratoire PREFics, E.A. 3207

ANALYSE COMMUNICATIONNELLE DES SYSTEMES D'INFORMATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE (2000-2012)

L'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique La Sagesse de Rennes

Thèse de Doctorat

Discipline : Sciences de l'information et de la communication

Présentée par Diarra Ndiaye

Sous la direction de Mme la professeur Catherine Loneux

Soutenue le 25 janvier 2013

Tome 1 : Texte

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à ma directrice de thèse, Madame Catherine Loneux, pour son sens si profond du travail et son soutien indéfectible à mon égard. Etant doctorante à mobilité internationale et mère d'un enfant, elle m'a toujours assisté sur le plan professionnel pour que je puisse vivre avec mon enfant, et travailler à bien cette recherche. Si j'ai pu persévérer dans ce travail c'est grâce à elle. Sa disponibilité, son écoute, ses conseils précieux, l'intérêt, l'attention qu'elle m'a accordée, m'ont donné confiance pour mener ce travail à bien. Nos échanges et discussions m'ont toujours permis de renouveler mes réflexions. Je lui témoigne ma reconnaissance la plus profonde pour tout cela car la relation que nous avons tissée au fil de toutes ces années va au-delà même d'un professeur et son doctorant, mais une relation d'une dimension fortement humaine.

La recherche qualitative suppose un terrain d'étude pour illustrer un travail scientifique. Dans mon cas ce n'était vraiment pas évident car le secteur auquel je me suis intéressée est le secteur de la santé. Un domaine où tout est confidentiel, où les personnes ne sont pas toujours disponibles pour accorder des entrevues. Mais j'ai pu surmonter ces obstacles grâce au personnel de la clinique La Sagesse de Rennes qui a manifesté un intérêt pour ce travail. Que soient donc ici remerciés Gwenaëlle Herrault Responsable système d'information Clinique mutualiste "La Sagesse", Laurence Guillaume infirmière référente informatique, Loïc Mounier médecin anesthésiste, Fabienne Léna Docteur Information Médicale, tout le personnel infirmier que je ne peux citer de manière exhaustive, qui ont apporté des informations qui ont donné à ce travail une dimension scientifique.

Je voudrais également apporter ma reconnaissance à toute l'équipe de l'Ecole Doctorale qui porte un intérêt particulier aux étudiants étrangers. Grâce à leur générosité, j'ai pu obtenir une aide financière de six mois dans le cadre d'un projet à mobilité internationale vers l'Université d'Ottawa au sein du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Communication Organisationnelle (GRICO) pour approfondir mes connaissances théoriques sur les usages des technologies de l'information et de la communication en organisation.

Le parcours du doctorant est fait avant tout de rencontres, que ce soit lors de colloques, séminaires, journées d'étude, café débat, discussions dans le laboratoire de recherche qui ont incontestablement nourri ma recherche. Romain Huët, Christian Le Moënne, Didier Chauvin, Bertrand Parent comptent parmi ces personnes qui, grâce à leurs contributions dans les débats, ont su faire évoluer cette recherche… À ce titre, les personnels et doctorants de l'espace recherche de l'UFR ALC se doivent également d'être dans ces remerciements pour leur soutien précieux.

Et puis, je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel.

J'exprime ma gratitude à mon frère Ibra Ndiaye, qui m'a toujours apporté une aide spécifique et efficace pour la réalisation et la mise en forme de ce travail.

Enfin, je dédie cette thèse à mon fils Mohamed Abdourahmane Ndiaye qui est le centre de ma vie, qui n'a jamais compris pourquoi je devais travailler toute la nuit, le weekend, les vacances, pourquoi il ne partait pas en vacances comme tous les enfants de son âge, pourquoi je devais faire des recherches au Canada et qu'il devait aller au Sénégal, pourquoi je ne lui accordais pas assez de temps à tel point qu'il me réclamait un animal qui pourrait lui tenir compagnie… J'espère qu'il comprendra un jour.

Dédicace

A Mohamed

Sommaire

LISTE DES SIGLES 12

Introduction générale 15

1. Objet de recherche en Sciences de l'information et de la communication : TIC 15

1.1 Contexte du développement des SI et insertion dans les problématiques de communication 15

1.2 TIC et nouvelles formes d'organisations 17

1.3 Vers une « Approche Constitutive des Organisations » 23

2. Une problématique communicationnelle : repenser le potentiel et les limites de l'informatisation de la santé en France 24

2.1 L'informatisation des organisations dans les années 2000 27

2.2 Quelles sont ces nouvelles formes d'organisations ? 28

2.3 Limites de la conception techniciste de l'innovation médicale 30

3. Cadre théorique : quels concepts et hypothèses de recherche 33

3.1 TIC, questions de pouvoir et de contrôle : autour de la notion de dispositif de Foucault 34

3.2 Système d'information et notion de performance selon Sicotte 38

3.3 Usage des TIC chez Orlikowski 47

3.4 Notion de réseau selon Callon et Latour (ANT) 53

4. Justication des hypothèses de recherche 59

4.1 L'informatisation de la santé serait-elle un risque pour l'organisation ? 60

4.2 L'approche socio-technique serait-elle l'enjeu central ? 70

5. Situations empiriques : Deux logiciels Hôpital Manager/ Cursus 3 74

5.2 Hôpital Manager (HM) : vers une performance des soins 80

5.3 Le logiciel CURSUS 3 vers une traçabilité du sang 81

6. Méthodologie : étude qualitative des logiciels de rationalisation des prescriptions soins et de traçabilité du sang ..82

6.1 Approche compréhensive d'un processus de mise en place d'un SI..... 82

6.2 Étude de cas..... 84

6.3 Entrevues semi-dirigées 86

6.4 Entretiens non - directifs 89

6.5 Analyse documentaire 91

PREMIERE PARTIE : 93

ORGANISATIONS DE SANTE : POUVOIR ET RATIONALISATION.....93

Introduction de la première partie 94

Chapitre 1 Stratégie de modernisation.....96

1. 1 Vers un partage de l'information médicale 96

1.1.1 Les transformations socio-médicales : une nécessité ? 101

1.1.2 SI : quelles transformations socio-organisationnelles et socio-médicales ? 109

1.1.3 Un système convergent : une solution ?..... 112

1. 2 Vers une facilitation des échanges entre établissements de santé..... 117

1.2.1 Communique-t-on mieux avec les SI ? 121

1.2.2 Trop ou pas assez d'informations?..... 127

1.2.3 Rationalisation est-elle facteur de meilleure coordination ? 134

Chapitre 2 Stratégie de normalisation.....139

2. 1 Réorganisation et accompagnement normatif 139

2.1.1 Dimension nationale..... 139

2.1.2 Dimension locale..... 140

2. 2 Réglementation : un impulseur « de l'informatisation transfusionnelle » 141

2.2.1 « Convention » : facilitatrice organisationnelle 145

2.2.2 Certification : une forme de reconnaissance organisationnelle..... 151

2. 3 Informatisation du travail médicale : une évacuation de la « question de l'éthique professionnelle » ?..... 155

2.3.1 Conceptions diverses de « l'éthiques professionnelles » 156

2.3.2 Quel jugement portent les utilisateurs sur les stratégies de normalisation..... 161

2.3.3 Quelques témoignages critiques autour de la « facturation au fil de l'eau » 164

Chapitre 3 Stratégie de mise en visibilité des territoires 171

3. 1 Quand les politiques se saisissent des TIC dans la santé 171

3.1.1 Vers une coordination pour une meilleure visibilité 173

3.1.2 Nouvelles organisations : une stratégie d'accommodement 176

3.1.3 Rhétoriques des acteurs macro 185

3. 2 TIC et Santé un partenariat pour explorer de nouvelles applications 197

3.2.1 Une intensification du travail médical..... 198

3.2.2 Réduction de « l'hospitalisé à moindre coût » 203

3.2.3 Vers une désacralisation de la relation soignant/ soigné..... 204

Conclusion de la première partie 210

DEUXIEME PARTIE :.....212

DECONSTRUCTION DE L'ORDRE TECHNIQUE ET FONDATION D'UNE TECHNOLOGIE EN PRATIQUE 212

Introduction de la deuxième partie.....213

Chapitre 4 La technologie en pratique : quel apport pour une problématique en science de l'information et de la communication ? 230

4. 1 La co-construction de connaissance relative à deux logiciels : HM et CURSUS .. 231

4.1.1 Vers une collaboration macro-microsociologique 242

4.1.2 HM et CURSUS 3 : Ouverture des « Boîtes Noires » 245

4.1.3 L'élargissement du système : tensions et contradictions..... 246

4.1.4 L'identité organisationnelle : un lien social entre technologie et utilisateur..... 248

4. 2 Une redéfinition de la performance technologique: l'apport de l'approche « technologie en pratique» d'Orlikowski 252

4.2.1 Hôpital Manager : les trois formes d'énaction d'Orlikowski..... 253

4.2.2 Première forme d'énaction : l'inertie 254

4.2.3 Analyse socio langagière : l'application une deuxième forme d'énaction..... 255

4.2.4 L'évolution d'HM : un engagement vers le changement troisième forme d'énaction ? 256

Ndiaye, Diarra. Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé (2000-2012) : l'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes - 2013

Chapitre 5 Changements organisationnels et processus.....260

5. 1 Hémovigilance: un dispositif de normalisation..... 260

5.1.1 Norme constitutive de l'organisation 269

5.1.2 Norme constitutive de sens et de mobilisation..... 271

5.1.3 Traçabilité et sécurité : normes sociales co-construites 273

5. 2 Saisir le processus de la performance technologique..... 277

5.2.1 Latour : mobilisation des alliés, ... 282

5.2.2 CURSUS 3 une « méta-organisation »..... 283

5.2.3 HM : quatre étapes importantes 291

Chapitre 6 Coordination organisationnelle et formes émergentes…..... 298

6. 1 Cursus 3 et HM: quels enjeux de coordination pour quelle forme organisationnelle ?..... 298

6.1.1 La coordination des actions en amont 299

6.1.2 La coordination des actions en aval 302

6.1.3 La participation comme exigence éthique..... 306

6.1.4 Forum Hémovigilance : un moyen d'intéressement 307

6. 2 HM : un logiciel controversé..... 310

6.2.1 HM : contradiction/ tension..... 311

6.2.2 Intéressement : savoirs et connaissances dans les interactions 314

6.2.3 H M : implication et enrôlement 317

6.2.4 HM : la mobilisation des alliés..... 319

6. 3 Résultats observés 321

6.3.1 Evaluation des logiciels : HM/ CURSUS 3 322

6.3.2 Saisir les difficultés dans les pratiques..... 326

6.3.3 Les réponses des utilisateurs 333

Conclusion de la deuxième partie 365

Conclusion Générale Vers la démystification de la technologie par les soignants…..... 367

Sources et Bibliographie.....375

ANNEXES…….. 389

Ndiaye, Diarra. Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé (2000-2012) : l'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes - 2013

LISTE DES SIGLES

A.N.A.P : Agence Nationale d'Appui à la Performance

A.N : Analyse Fonctionnelle

A.C.P : Approche Centrée sur le Patient

A.N.S.S.I : Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information

A.N.T: Actor Network Theory

A.R.S : Agence Régionale de Santé

A.S.I.P : Agence des Systèmes d'Information

C.H : Centre Hospitalier

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

C.T.S.A : Centre de Transfusion Sanguine des Armées

D.A.F. : Direction des Affaires Financières

D.G.M.E : Direction Générale de la Modernisation de l'Etat

D.I.M : Département de l'Information Médicale

D.M.E : Dossier Médical Etablissement

D.M.S. : Durée Moyenne de Séjour

D.M.P. : Dossier Médical Personnel

D.P.P : Dossier Patient Partagé

D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

D.R.G: Diagnosis Related Groups

E.F.S : Etablissement Français du Sang

E.R.P. : Enterprise Ressource Planning

E.S : Etablissement de Santé

E.S.P.I.C : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

E.T.S : Etablissement de Transfusion Sanguine

G.H.M : Groupe Homogène de Malade

H.A.S : Haute Autorité de Santé

H.A.D : Hôpital A Domicile

H.I.E: Health Information Exchange

H.N.S: Health Network Solution

H.M : Hôpital Manager

H.P.S.T : Hôpital Patients Santé Territoire

N.T.I.C : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

O.R.L : Oto-Rhino-Laryngologie

P.A.C.S: Picture Archiving and Communication System

P.M.E : Petites et Moyennes Enterprises'

P.M.S.I : Programme Médical des Systèmes d'Information

P.S.L : Produits Sanguins Labiles

P.S.P.H : Participant au Service Public Hospitalier

Q.C : Qualification de Conception

I.R.M : Imagerie par Résonance Magnétique

R.G.S : Référentiel Général de Sécurité

S.A.R : Sociologie de l'Acteur Réseau

S.I : Système d'Information

S.I.H : Système d'Information Hospitalier

S.I.O : Système d'information Organisationnel

T.2.A : Tarification A l'Activité

T.I.C : Technologie de l'Information et de la Communication

Gévezé
Chevaigné
St. Sulpice
Parthenay
Clayes
La Chapelle Ftz.
Betton
St. Gilles
Montgermont
Thorigné-Fouillard
Pacé
St. Grégoire
Acigné
La Chapelle Th.
L'Hermitage
Vezin
Cintré
Rennes
Cesson-Sévigné
Brécé
Le Rheu
Mordelles
Chantepie
Le Verger
St. Jacques
Chavagne
Vern
Chartres
Noyal-Châtillon
Bruz
Nouvoitou
St. Erblon
Pont Péan
St. Armel
Bourgbarré
Orgères
Corps-Nuds

Introduction générale

1. Objet de recherche en Sciences de l'information et de la communication : TIC

Le développement rapide des échanges d'information fondés sur la technologie a permis la montée en puissance de nouveaux outils organisationnels, informationnels, managériaux, gestionnels, commerciaux, et communicationnels bien sûr.

En effet, les organisations sont confrontées à des changements voulus ou le plus souvent subis de plus en plus fréquents. Ainsi l'arrivée des Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) vers les années 80 à 90 ; a tendu vers un tel changement organisationnel, faisant ainsi émerger de nouvelles formes d'organisations. Ce phénomène a connu un tournant décisif dans les années 2000.

En effet, l'introduction des Technologie de l'Information et la Communication (TIC) dans les organisations a soutenu le développement du travail en réseau, du travail à distance, des équipes virtuelles, des organisations « apprenantes ou l'organisation intelligente ». Du point de vue de leurs dirigeants, il semble que les organisations sont incapables d'être compétitives toutes seules de telle sorte qu'elles sont obligées de faire des partenariats avec d'autres organisations. Ce sont des organisations appelées « Joint venture », « Outsourcing of service ». Ces formes d'organisations sont de plus en plus facilitées par la mise en place des systèmes d'information. Ces derniers incarnent les problématiques des changements organisationnels dans les organisations et occupent de plus en plus les organisations de santé. Dans le domaine de la santé, les systèmes d'information sont considérés par les décideurs comme incontournables pour performer le travail et assurer la sécurité et la traçabilité des soins.

Dans cette étude, notre objet repose donc sur les systèmes d'information dans le domaine de la santé. En particulier les logiciels de gestion.

Il nous semble important de présenter notre objet de recherche dans son contexte historique afin de mieux comprendre la naissance même de ses nouvelles formes d'organisations.

1.1 Contexte du développement des SI et insertion dans les problématiques de communication

Dés la fin des années 1980, nombreux sont les auteurs qui ont porté leur attention sur les nouvelles formes organisationnelles, que ce soit l'entreprise réseau, l'entreprise virtuelle, l'entreprise intelligente ou l'organisation apprenante. Ces nouvelles formes organisationnelles

Ndiaye, Diarra. Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé (2000-2012) : l'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes - 2013

ont vu le jour avec l'essor des technologies. Les organisations forment des partenariats avec d'autres entreprises principes des « joints ventures » et externationalisent des services.

Elles ont appris à mettre leurs ressources en commun (banque d'organes, consortium de recherche dans les phases pré-compétitives). Ainsi nous assistons à des nouveaux arrangements institutionnels, ce que les sociologues ont appelé des collaborations interorganisationnelles (Saussois 1999, Cabin 1999 et autres). Ces arrangements institutionnels rendus possible par les TIC, demeurent désormais la façon la plus courante de produire des biens et des services.

Cependant, ces nouvelles formes d'organisations soulèvent de nombreux problèmes et créent de nouveaux enjeux aussi bien en sociologie, en management qu'en science de l'information et de la communication. Ainsi de nouvelles approches dans une perspective plus élargie vont se développer pour expliquer ce phénomène. En sociologie et en management beaucoup d'auteurs issus de ces deux disciplines notamment (Boltanski, Bourdieu, Foucault et autres) nous aident à développer un regard très critique à l'égard des TIC dans les organisations.

A partir des années 90, on assiste à un tournant décisif de la conception de l'entreprise. En effet, la grande entreprise telle qu'elle est décrite par Chandler c'est-à-dire une entreprise « multidivisionnelle de type M » a été remise en question. Ce virage se manifeste par trois facteurs principaux.

Le premier facteur repose sur le fait l'entreprise tend désormais à s'institutionnaliser en étant considérée par ses dirigeants comme une organisation. Aujourd'hui, par ses discours, elle développe à cet égard et intègre des concepts allant dans le sens de « l'intérêt général » via par exemple le développement durable, le commerce équitable, l'environnement, l'entreprise verte, bref comme si elle était une concurrente de l'Etat seule obligée à incarner ces valeurs sociétales. Ce qui est bon pour l'entreprise est bon pour la société et vice versa, tel que l'avait souligné un ancien ministre de la défense américaine Charles Wilson

« Ce qui est bon pour General Motors est bon pour les Etats-Unis et vice versa » (Cabin, 1999).

Le deuxième facteur réside dans le fait l'entreprise n'est plus nationale mais devient internationale au-delà même, multidimentionnelle, une entreprise susceptible d'intégrer plusieurs cultures, plusieurs valeurs et des identités diverses. Ainsi donc, la logique de l'entreprise n'est plus nationale mais elle aspire à être sur le marché international et y crée de l'emploi.

Le troisième facteur découle de ces deux facteurs. En effet, l'institutionnalisation, la délocalisation de l'entreprise, vont obliger à l'entreprise de nouer des partenariats de

nouvelles formes d'alliances avec d'autres entreprises située sur un même espace ou sur un espace différent.

Ainsi tel que nous l'avons souligné plus haut avec les « Joint-ventures » et « outsourcing of services », nous considérons comme Saussois que nous assistons à une explosion du nombre d'alliances entre les entreprises qui savent coopérer sur des projets spécifiques.

Par extension, nous pouvons considérer comme Hatch (2000) qu'on assiste à un passage d'une entreprise industrielle à une entreprise post-industrielle marquée par une concurrence globale, une déconcentration du capital par rapport à l'état-nation, nouvelles formes organisationnelles (réseaux, alliances stratégiques, organisations virtuelles), hiérarchies plus courtes, communication horizontale, bref tel que le souligne Hatch (2000) :

« Le prototype de le forme organisationnelle postindustrielle s'identifie au réseau, mais d'autres formes y sont associées comme les joint ventures, les alliances stratégiques et les organisations virtuelles. On observe souvent dans les organisations post-industrielles la disparition des frontières organisationnelles. C'est la raison pour laquelle on prédit que les organisations seront à l'avenir beaucoup plus petites, plus fluides et plus flexibles qu'elles ne le sont maintenant avec des frontières invisibles ou absentes entre elles et leur environnement respectif. Les frontières entre les départements internes tels que les ventes, la production et l'ingénierie s'effondreront également dans l'organisation post-industrielle. Les gens qui travaillent ne feront pas de distinction entre les départements, les positions hiérarchiques ou même les emplois comme la plupart d'entre nous actuellement. Ils se préoccuperont plutôt de collaborer avec d'autres en tant que qu'expert travaillant dans des équipes temporaires et ils mettront l'accent sur l'apprentissage afin de s'adapter rapidement aux changements. La vie de l'organisation post-industrielle est caractérisée par l'incertitude, la contradiction et le paradoxe, ce qui contraste sévèrement avec stabilité, la routine et la tradition de l'organisation industrielle ».

Suite à la définition de Hatch (2000) de ce qui était une entreprise post-industrielle et les caractéristiques qu'elle incarne, nous déduisons que plusieurs enjeux sont en jeu dans ces nouvelles formes d'organisations, soulevant ainsi de nouvelles problématiques. La grande question que nous nous posons est la suivante : est ce que ces nouveaux arrangements institutionnels si l'on reprend les termes de Saussois vont-ils remplacer la grande entreprise multidivisionnelle de type M comme nous l'avons souligné plus haut ?

1.2 TIC et nouvelles formes d'organisations

Les nouvelles formes d'organisations sont des types d'organisations en réseaux, des organisations apprenantes, des organisations virtuelles, associées à des stratégies managériales par exemple le management 2.0.

Ces nouvelles configurations organisationnelles soulèvent de nombreux problèmes aussi bien en interne qu'en externe de l'organisation.

Dans ce contexte plusieurs enjeux émergent. En effet, si les entreprises verticales ou la grande entreprise de types industriels, reposaient sur la standardisation, la routine, l'économie d'échelle, la collaboration administrative, les organisations post-industrielles incarnent la flexibilité, l'innovation, la création de connaissance, bref elles sont liées à de nouveaux outils qui leur octroient à priori une plus forte harmonie pour l'efficacité et l'efficience dans le travail et la production. Or, ces ajustements exigent de cette nouvelle entreprise, la mise en œuvre de certaines pratiques afin de se démarquer de l'entreprise industrielle.

En effet, elles sont tenues de s'adapter aux changements technologiques rendus possibles par ces systèmes d'information (SI) et dispositifs technologiques multiples.

Dans cette perspective technologique, au plan de la recherche, se posent ainsi de nombreux défis: il s'agit notamment de penser : la question de l'innovation, la question du changement organisationnel, la question de la collaboration surtout dans les formes d'organisations en réseaux, la question de la coordination des activités c'est-à-dire comment les individus coordonnent-ils leurs actions ? Comment les entreprises coopèrent-elles sur des projets spécifiques surtout dans le contexte de télétravail ou de travail à distance ?

Les alliances stratégiques posent également la question de la stratégie autrement dit de la mise en œuvre de la stratégie : Comment partir des acteurs « du bas » pour développer une stratégie commune ? Comment communiquer une nouvelle stratégie ? Telles sont les interrogations des managers.

Dans le contexte de changement organisationnel, le rythme s'est accéléré au niveau du changement, donc il s'agit pour eux de voir comment suivre ce rythme tout en créant une synergie avec les membres de l'organisation.

En définitive, les enjeux sont multiples et varient en fonction du besoin de l'organisation et de la taille de l'entreprise, outre les enjeux mentionnés ci-dessus.

Nous pouvons alors identifier au niveau de la recherche des enjeux, notamment celui de la question de la « transmission des savoirs », ou la question de la diversité de genres (homme/femme), la question de la sécurité, la question de l'incertitude. La question de l'interdisciplinarité (être capable de travailler avec des ingénieurs, des juristes, des

psychologues). Par exemple : des médecins qui deviennent des gestionnaires dans le cadre de la gestion des risques.

Dans notre étude nous n'allons pas présenter tous les auteurs pour décrire et comprendre les nouvelles configurations dont se revendiquent les organisations d'aujourd'hui. Nous allons plutôt choisir quelques auteurs, notamment en communication organisationnelle, afin de mieux comprendre ces phénomènes. Cependant dans cette démarche il convient de ne pas ignorer les auteurs des autres disciplines qui ont inspiré les travaux en communication, et que la communication tente de mobiliser pour faire fructifier son propre champ de recherche.

Il s'agit notamment des influences classiques (Weber, Marx, Taylor) mais aussi d'autres auteurs clé qui ont beaucoup contribué à ce domaine de recherche sur les organisations Nous faisons allusions notamment à : Michel Crozier qui considère ces nouvelles formes d'organisations comme une révolution :

« C'est l'ensemble de nos représentations de la production, de l'organisation, et du management, que nous devons corriger. Notre conception de l'économie était fondée sur la rationalisation, la quantité, la standardisation et la production matérielle. Nous serions en train de passer à une civilisation de l'innovation, de la qualité, du sur-mesure, et de l'immatériel. Une mutation qui, par son ampleur, ne touche pas que les entreprises, mais bien l'ensemble des formes d'organisations »

Dans ce même esprit, Philippe Cabin (1999) nous révèle que nous allons *« vers l'organisation imaginaire »*. Nous voyons que des auteurs se sont intéressés à ces questions avant que la communication organisationnelle n'émerge. Cependant nous choisirons de considérer surtout les auteurs issus de la communication organisationnelle, plus contemporains, pour comprendre les enjeux contemporains des organisations en termes de recomposition.

Par ailleurs, d'autres auteurs plus contemporains ont eu à développer les problématiques des technologies dans les organisations aussi bien du volet de la gestion et managérial nous pouvons citer notamment (sicotte, Paré) qui ont beaucoup abordé les problématiques des systèmes d'information dans le domaine de la sante.

Ainsi nous constatons que notre objet de recherche a été toujours au cœur d'activités des auteurs aussi bien classiques que modernes. Ce que nous retenons de ces travaux c'est qu'ils abordent tous les technologies principalement dans deux dimensions : dimension fonctionnaliste (Sicotte) et dimension critique (Weber, Foucault, Miége et autres). Or, force est de constater que, dans bien des cas, les aspects communicationnels restent plutôt à la marge, pour ne pas dire qu'ils sont totalement absents de la démarche de plusieurs projets technologiques dans les organisations de santé.

Les contributions de ces auteurs aussi riches qu'elles soient ne nous permettent pas de saisir assez souvent les problèmes que soulèvent les projets technologiques dans les organisations en particulier celles de la santé. En effet, comprendre les technologies dans l'organisation comme du pouvoir et de la domination induit une conduite réductrice de notre objet d'étude. Mais également attribuer aux technologies une dimension fonctionnaliste dans l'organisation conduit ainsi vers une réification de celles-ci. Ces conceptions des technologies prédominent et tentent de réduire d'autres dimensions qui pourraient être utiles dans un contexte de changement organisationnel induit par la technologie.

Dans ce sens, nous affirmons, qu'on aurait accordé peu d'importance aux enjeux communicationnels dans les projets technologiques dans le domaine de la santé. En effet, la recherche actuelle portant sur les systèmes d'information dans la santé, ne permet pas d'expliquer les processus décisionnels, les tensions, les contradictions que traversent les organisations de santé. En effet, les résultats des travaux réalisés jusqu' à maintenant sont ambigus ou contradictoires. Ils abordent les technologies dans les organisations dans sa dimension gestionnelle, managériale, économique, technologique, stratégique et autres. Ainsi nous pensons qu'il y a dans cette revue de littérature un *«un trou»*, ouvrant la voie à un nouvel objectif de recherche.

Pourtant, nous avons tort de négliger l'apport de la communication au processus de changement organisationnel. En effet, selon certains chercheurs en communication, le succès relatif de plusieurs projets technologiques s'explique par le fait qu'on évalue mal la complexité du problème d'une part, et qu'on exploite mal les concepts explicatifs des sciences humaines et sociales, d' autre part. Ainsi, il arrive souvent qu'on sous-estime l'importance d'une approche communicationnelle, la nécessite de communiquer sur les problématiques en amont des tensions et contradictions des acteurs face à un changement organisationnel. Pourquoi en est-il ainsi? Ainsi, à l'instar des autres disciplines telles que la sociologie des organisations qui se préoccupe de l'organisation du travail, des relations de pouvoir, des comportements individuels et collectifs ; de la psychologie des organisations qui traitent les comportements individuels et les comportements de groupe ; des sciences administratives qui s'activent d'une part sur la performance organisationnelle notamment la productivité, la rentabilité, l'efficacité, efficience, la compétitivité et d'autre part sur tout ce qui a trait aux ressources humaines. A l'instar également de l'anthropologie des organisations qui étudie l'évolution des organisations, les sens et les significations dans l'organisations, les rapports aux organisations, entre autres, la communication organisationnelle par rapport à ces disciplines classiques, s'engage à se démarquer non seulement du fait qu'elle soit une

discipline jeune ou contemporaine, mais aussi et surtout de marquée sa spécificité par rapport aux disciples dont nous venons de citer plus haut. La communication organisationnelle se préoccupe d'étudier les interactions dans les organisations. C'est avant tout sur les interactions que notre thèse souhaite intervenir. Nous souhaitons en effet ressortir les enjeux en termes de communication que les systèmes d'information dans le milieu de la santé soulèvent au quotidien dans les pratiques des professionnels de santé.

Disons-le d'entrée jeu : changer les pratiques dans les métiers de santé n'est pas toujours un succès considérablement surtout dans les institutionnelles telles que l'hôpital ou domine une culture autoritariste et que la communication est souvent perçue comme une perte de temps. Les changements organisationnels représentent un défi majeur, tant pour les organisations de santé qui ont recours pour la modernisation et la rationalisation de activités médicales que pour les professionnels de santé qui les conçoivent comme une véritable révolution.

En effet, le message de performativité technologique dans les soins cliniques, ne s'est pas démarqué de la logique technico-economique (Grosjean, Bonneville 2007) insistant sur l'innovation, la rentabilité et la productivité, alors que le milieu de la santé a toujours mis en avant d'autres valeurs telles que la sécurité, la traçabilité, les principes d'éthiques et de déontologie (Loneux 2008et autres). Il ne faut donc pas s'étonner que les décideurs du changement accusent les utilisateurs de personnes réticentes à ces nouvelles méthodes de travail. Les phénomènes de modernisation et de rationalisation à l'aide des technologies, sont ainsi controversés par de nombreuses tensions et contradictions en matière de discours, et de travaux de recherche.

En outre, le succès réel d'un changement technologique dans le domaine de la santé est extrêmement difficile à prévoir et à évaluer, d'autant plus que les enjeux sont nombreux et posent problèmes. Nous pouvons notamment citer un enjeu fondamental qui est la coordination des activités dans ce nouveau système, pour ne citer que cela.

Cela dit, et compte tenu justement de tous les aléas bien réels, nous croyons qu'il a lieu de mettre a profit toutes les dimensions pour favoriser le succès des changements technologiques dans les milieux sanitaires. En réalités toutes les étapes de réalisations d'une implantation technologique pourraient être bonifiées en misant sur l'implication des utilisateurs en amont et sur un changement qui émerge des pratiques.

C'est dans cette perspective, de soutenir de tels changements technologiques dans les organisations de santé, que nous proposons, dans cette recherche, de démontrer, à partir d'exemples concrets, comment et pourquoi la dimension communicationnelle devrait faire partie intégrante du processus du changement organisationnel. Comment et pourquoi la

communication pourrait favoriser le passage d'un modèle « mécaniste à un modèle de « l'orchestre » c'est-à-dire dans une perspective beaucoup plus compréhensive.

En effet, l'approche compréhensive ou communicationnelle est à l'encontre de toute réification des technologies dans les organisations. L'une des bases essentielles de cette approche est d'essayer de comprendre les enjeux liés à ces technologies et de dépasser l'idée de déterminisme qui entoure les technologies.

En effet, suite à une étude exploratoire exhaustive des ouvrages en communication organisationnelle, nous avons pu identifier quatre paradigmes qui sont notamment : les approches fonctionnalistes, les approches systémiques, les approches symboliques et culturelles, les approches critiques et en fin les approches constitutives. Ainsi, après étude, nous avons pu identifier les forces et les faiblesses de chacune de ces approches en relation avec notre objet de recherche.

Néanmoins, nous avons voulu retenir les approches constitutives qui prennent plus en compte les considérations communicationnelles. En effet, nous considérons que s'inscrire notre recherche dans cette perspective devient central dans les projets technologiques et le changement organisationnel dont la dimension communicationnelle a tendance à être négligée. Ainsi, tel qu'il est souligné par Mucchielli (2001) :

« (…) les sciences de la communication peuvent constituer leur identité scientifique propre » ; il poursuit *« Les sciences de l'information et de la communication ont l'enthousiasme de leur jeunesse (vingt-cinq ans), elles ont conçu l'ambitieux programme de vouloir penser toutes les Communications de notre société qui ne sont pas du niveau interpersonnel »* (Mucchielli 2001, p. 146). Nous comprenons donc à travers ces propos la communication détient un rôle spécifique à jouer dans les problématiques qui secouent la société en générale et les organisations en particulier.

L'une des pierres angulaires des travaux en communication organisationnelle repose sur l'informatisation des organisations. En effet sa place importante aujourd'hui notamment dans dans l'activité de communication peut s'expliquer sur deux raisons : la première raison est le fait que les technologies de l'information et de la communication constituent le premier domaine privilégié des sciences de l'information et de la communication (Mucchielli, 2001). Les technologies de l'information et de la communication sont inséparables des autres domaines d'études en sciences de l'information et de la communication, notamment la communication de masse, les communications de type publicitaire et la communication d'entreprise (Mucchielli, 2001).

La deuxième raison réside sur le fait la préoccupation centrale de la communication organisationnelle est d'étudier les interactions dans les organisations notamment dans les situations de travail, et les technologies de l'information sont une opportunité à mener des études qui se focalisent centralement sur les interactions. En effet, les technologies de l'information et de la communication offrent l'opportunité d'étudier les interactions entre les acteurs eux même mais aussi entre les humains et les non humains c'est-à-dire les actants un terme emprunté à Callon et Latour (2006). Nous y reviendrons plus tard.

1.3 Vers une « Approche Constitutive des Organisations »

L'entrée dans une approche communicationnelle des TIC va favoriser le passage d'un modèle « mécaniste » à un modèle de « l'orchestre » c'est-à-dire à une perspective plus compréhensive des phénomènes communicationnels. En effet, l'approche compréhensive ou communicationnelle va à l'encontre de toute réification des technologies et de leurs effets présumés.

L'une des bases essentielles de cette approche est plutôt de comprendre les enjeux anthropologiques processuels politiques et symboliques liés à ces technologies et de dépasser l'idée de déterminisme qui entoure parfois les technologies.

Nous n'allons pas développer ici notre socle théorique, mais allons plutôt préciser le cadre dans lequel notre thèse s'inscrit. En effet, suite à une étude exploratoire d'un certain nombre d'ouvrages en communication organisationnelle, nous avons pu identifier cinq paradigmes structurants pour nos travaux qui sont : les approches fonctionnalistes, les approches systémiques, les approches symboliques et culturelles, les approches critiques et enfin les approches constitutives. Ainsi, nous avons souhaité dresser une typologie de la communication organisationnelle. L'objectif en menant cette typologie, correspond à une préoccupation forte pour nous : mettre en évidence les théories et concepts que les auteurs en Sciences de l'Information et de la Communication mais aussi en Sciences Humaines et Sociales en général ont proposé concernant notre objet d'étude. Ainsi, après les avoirs étudiés, nous avons essayé d'identifier les forces et les faiblesses de chacune de ces approches, en relation avec notre objet de recherche centré sur les TIC à l'hôpital.

Au final, nous avons voulu retenir prioritairement les approches constitutives. En effet, nous considérons qu'inscrire notre recherche dans cette perspective est intéressant et nous aurons l'occasion de le montrer plus loin.

2. Une problématique communicationnelle : repenser le potentiel et les limites de l'informatisation de la santé en France

L'origine

Depuis 1982, en France, un Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) se développe dans un milieu médical hostile au principe de rationalisation gestionnaire qui va dans le sens de maîtriser les coûts de l'hôpital. Nous notons une popularité des systèmes d'information dans la santé, qui remonte vers les années 80 avec la crise sanitaire marquée par l'avènement de la crise du « sang contaminé » dans les années 80 et devant l'augmentation des dépenses publiques de santé, la France a donc préconisé la mise en place d'une organisation des soins de santé.

Ainsi, depuis les années 80, les systèmes d'information (SI) occupent le monde des affaires et des organisations dans les pays industrialisés. Ce phénomène s'est accéléré à partir des années 2000 avec le développement exponentiel des technologies de l'information et de la communication. Nous avons constaté un fort déploiement progressif à partir des années 2000, et au tournant de celles-ci. Un déploiement qui relève d'une logique productiviste et qui vise à offrir à la population des soins de qualité. C'est ainsi que l'Etat joue un rôle fondamental dans le cadre de cette dynamique de réorganisation du système de soins, à tel point qu'il est devenu l'acteur principal du changement organisationnel et organisationnel.

Il convient alors de se poser une question fondamentale : Jusqu'où l'Etat doit-il intervenir ?

De nombreuses organisations de santé marquées par les nouvelles stratégies de travail, d'organisation, de coordination, mais aussi par des besoins de restructuration, de dislocation, d'externalisation des services, mettent en place des systèmes d'information dans le but de mieux réorganiser et de conformer le travail. La notion d'informatisation des services est centrale. Aujourd'hui, les systèmes d'information sont présentés même comme le « système nerveux » de toute organisation.

Ainsi à l'instar du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), nous considérons le système d'information dans la santé comme un outil visant à mesurer la production de l'hôpital tel que cela est expliqué dans les propos suivants :

« L'objectif du PMSI est de mesurer la production de l'hôpital en se rapprochant de l'activité médicale tout en la confrontant aux ressources consommées, donc aux dépenses » (Moisdon, 2004).

De plus, il convient de souligner que le système d'information se déploie en fonction des objectifs spécifiques son implantation dans le secteur de la santé. Son objectif principal repose sur les principes de rationalisation, l'un des piliers centraux des politiques dites de « modernisation » du système de santé en France, qui vont également dans le sens de la productivité (Bouillon, Mayére, Bonneville, Grosjean, etc). Ceux-ci soulèvent des problématiques en Sciences de l'information et de la communication et constituent des axes centraux pour nos travaux.

Le PMSI : comme outil à dimension technique et politique

En France, l'organisation des soins a toujours été une préoccupation majeure des acteurs de la santé. La littérature managériale sur le contrôle de gestion, la mobilisation de ressource humaine, le reingeneering, la qualité totale, la conduite de projet est abondante. Les hôpitaux se préoccupent de l'impact notable de ces diverses modes de gestion managériale et du principe de rationalisation que nous l'avons déjà signalé et sur lequel nous reviendrons.

C'est dans ce contexte que le premier système d'information PMSI a vu le jour vers les années 1982. Ce nouveau dispositif devait faire face à deux situations auxquelles les hôpitaux étaient confrontés. Il s'agit, d'une part, de mettre en place des solutions pour contrecarrer le développement spectaculaire des dépenses, et l'absence d'intérêt pour la gestion des ressources hospitalières dans les années 1970.

Il s'agit d'autre part, de mettre en œuvre des outils au niveau de la gestion. Peu de choses ont finalement changé malgré les efforts des établissements de santé qui développent de plus en plus des stratégies en ce sens, mais qui sont semblables d'un établissement à l'autre. Nous avons constaté même une compétition entre les établissements au niveau de la gestion. Cependant, les résultats restent les mêmes et l'efficacité du système est de plus en plus critiquée.

Une telle situation a fait l'objet de nombreux travaux aussi bien en économie, en sociologie ou en gestion. Dans cette perspective pluridisciplinaire, deux orientations s'opposent.

En effet, pour les économistes et les sociologues, le pouvoir d'expertise dont disposent les médecins leur permet de résister avec succès à toutes les tentatives de rationalisation gestionnaire. Selon eux les médecins cachent l'information qu'ils détiennent aussi bien sur les protocoles de soins que sur leurs résultats, ce qui leur permet de très larges marges de manœuvre, allant systématiquement dans le sens du développement de leur activité, donc dans celui de l'envolée des dépenses.

Les gestionnaires quant à eux, insistent sur la complexité du produit, l'incertitude qui affecte à la fois les processus et les résultats.

Des points de convergences existent néanmoins entre les économistes, et les sociologues, et les gestionnaires. En effet, ils mettent tous l'accent sur le fait qu'il est difficile de gérer une organisation où ce sont les opérateurs eux-mêmes (les médecins) qui définissent « les gammes opératoires », et donc constituent leur propre « service méthode ».

Ce contexte de « résistance » des médecins est important. Mais malgré le constat sur les comportements des médecins devant toute agression technocratique dans leur milieu, le ministère de la Santé, ou plus exactement le directeur des hôpitaux à l'époque, Jean de Kervasdoué, décide de développer le PMSI dans les hôpitaux.

L'objectif du PMSI est de mesurer la production de l'hôpital en se rapprochant de l'activité médicale tout en la confrontant aux ressources consommées, donc aux dépenses. Nous observons à l'instar d'autres auteurs (Carré & Lacroix 2001, et Grosjean & Bonnville 2007) l'articulation de deux logiques derrière ce programme : une logique médicale et une logique économique.

En effet, le PMSI sert à catégoriser les séjours hospitaliers. Ainsi, chaque séjour est classé dans un groupe appelé Groupe homogène de malades (GHM), qui repose sur une double homogénéité, à la fois médicale et économique.

Rappelons que ce projet PMSI, s'inspire d'une expérience américaine fondée sur les mêmes principes. Les systèmes d'information américain porteurs de ce principe de rationalisation de l'hôpital s'appelé : Diagnosis Related Groups (DRGs).

Ainsi, dés la phase d'expérimentation vers les années (1983-1989), le PMSI a fait l'objet de controverses entre les décideurs et les professionnels de santé qui le considéraient comme un *« Petit machin sans importance »*.

Dans ce climat contradictoire, la phase d'institutionnalisation a eu lieu vers les années 1989-1996, mais enrôlement véritable des professionnels de santé tarde à se manifester. L'Etat décide que l'activité hospitalière doit être désormais décrite dans le langage du PMSI. De là nous déduisons que la décision de mettre sur pied un système d'information dans le domaine hospitalier repose sur une vision unilatérale. La prise de décision de l'implantation du PMSI ne tient pas compte des avis des acteurs professionnels qui sont experts de leur domaine.

On note en effet un outil qui s'implante dans sa dimension technique, économique et même politique, en négligeant la dimension sociale susceptible de prendre en compte les aspects humains qui reposent sur des critères subjectifs permettant ainsi d'articuler à la fois le relationnel et l'innovation dans les projets technologique dans le milieu hospitalier.

Progressivement, les SI en organisations de santé ont tendu vers la prise en compte de ces exigences

2.1 L'informatisation des organisations dans les années 2000

La notion d'informatisation liée aux technologies de l'information et de la communication soulève de nombreux défis dans les organisations modernes. Plusieurs problèmes se posent notamment liés à la coordination des activités, la coopération dans les alliances stratégiques, à l'expertise entre les novices et les experts, entre jeunes salariés et anciens, bref, autant de problèmes susceptibles de créer des tensions et des contradictions dans les organisations. Ce qui interroge bien sur les chercheurs en communication organisationnelle.

Dans cette perspective, plusieurs auteurs en France et Canada ont exploré ce champ de recherche, afin de mieux cerner les enjeux liés à l'informatisation des organisations mais aussi de mieux faire comprendre celles-ci. Ce qui intéresse ces auteurs qui, pour la plupart s'inscrivent dans une perspective interdisciplinaire, c'est plutôt de bannir les mythes, les idéologies et les utopies, qui entourent les technologies de l'information et de la communication. Autrement dit, ils ont une autre vision des technologies, qui dépasse toutes formes de déterminisme technologique. Les TIC sont entourées de mythes, d'utopies, d'idéologies et sont associées à un certain déterminisme technologique.

Ce phénomène se traduit par des discours utopiques, idéologiques et mythologiques qui se font autour des TIC. Exemple:

« Avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication, désormais rien de ce qui est imaginable n'est possible. Elles deviennent les outils de satisfaction des désirs de l'homme. Les NTIC relancent la confiance dans la science et la technique, la machine anime sa révolte qui doit aboutir à une humanité meilleure » (Breton et Proulx ,2002. « Les NTIC redonnent à l'homme une chance de ne plus être la « victime » du progrès technologique » (Ellul, 1954).

Le déterminisme technologique peut être défini comme une doctrine qui soutient que toutes les actions humaines sont déterminées par les technologies et qu'aucune volonté humaine ne peut changer quoi que ce soit à cette détermination (Mucchielli 2001).

L'idée est que les TIC vont changer notre univers et donc nos manières de faire, de penser et d'être. Ceci explique le mythe qui « entoure » les TIC. C'est le modèle analogique du télégraphe ou le modèle mécaniste qui ne se limite qu'à l'étude des paroles, ou aux messages

entre l'émetteur et le récepteur. Dans cette perspective les TIC sont abordées en termes de cause-effet simple.

Cependant, au-delà de ces approches, d'autres abordent l'émergence de nouvelles formes d'organisations dans le domaine de la santé qui sont rendues possibles par les technologies de l'information et de la communication.

2.2 Quelles sont ces nouvelles formes d'organisations ?

Vers un modèle hôpital-entreprise

Dans le domaine de la santé, nous assistons de plus en plus à l'émergence de formes d'organisations et techniques de travail qui se traduisent part des termes tels que : Télésanté, Télémédecine, Téléconsultation, Télésuivi, Télédiagnostic, e-santé, « Virage en ambulatoire » ou soins à domiciles. Bref, comme l'entreprise, l'hôpital aujourd'hui veut s'inscrire dans le mouvement des nouvelles formes d'organisations portées par les technologies de l'information et de la communication. C'est ainsi qu'il convient selon nous de comprendre les mesures majeures de modernisation des organisations de la santé en cours. Devant l'impératif de maîtriser les coûts, la thématique de l'«hôpital-entreprise» (Pierre Frédéric, Hassenteufel Patrick, 1999), devient alors le slogan d'une modernisation saisie par les discours économiques et gestionnaires.

En effet, le milieu de la santé longtemps marqué par un cloisonnement, se veut désormais une organisation « ouverte vers son public ». De ce fait, tous les processus de réorganisation, de rationalisation, de restructuration que l'on observe dans les entreprises, traversent également les organisations de la santé.

L'informatisation des organisations de santé se traduit par la mise en place des technologies de l'information et de la communication : la mise sur pied d'Internet, d'Intranet, de systèmes d'information. Une situation qui entre dans le cadre de la rationalisation des organisations (Bouillon 2008). Celle-ci repose sur une logique de modernisation des structures sanitaires marquées pendant longtemps par un cloisonnement de ses services.

De plus, face à l'augmentation des dépenses publiques, les gouvernements préconisent de mener des réformes de restructurations. C'est dans une préoccupation de réduire les coûts au niveau des services de soins que s'est posée la nécessité de réorganiser le système de santé en France (Carré et Lacroix, 2001).

Le déploiement progressif des TIC, à partir du milieu des années quatre-vingt-dix, et plus précisément au tournant de celles-ci, relève selon (Sylvie Grosjean et Luc Bonneville 2007) d'une logique productiviste visant à offrir à la population des soins à moindre coût dans le but de réduire les dépenses publiques de santé.

La France, à l'instar des pays industrialisés, entame cette politique de rationalisation des organisations sanitaires en 2000. Les objectifs étaient donc les suivant :

« « *[...] moins d'hôpitaux et de personnel soignant, particulièrement de médecins ; freinage de l'utilisation intensive et répétitive du système de soins, surtout dans sa portion lourde (hôpitaux conventionnels et médecins), blocage du doublement ou triplement des consultations auprès des médecins ; diminution de la durée d'hospitalisation ; implication structurellement accrue des patients (responsabilisation, auto-soin, selfcare...) ; «éducation» des patients ; introduction de coûts de base pour l'accès au système («ticket modérateur»...) ; etc.* » (Carré et Lacroix, 2001, p. 4)

Il existe une différence notoire entre les organisations de santé et les autres organisations (entreprise, association etc.), en matière d'implantation de technologies de l'information et de la communication, principalement de systèmes d'information. En effet, même s'il n y'a pas de différence remarquable au niveau de ce qui se passe dans le secteur de la santé par rapport à ce qui se passe par exemple dans les entreprises, notamment dans les processus administratifs et dans les applications informatiques, le secteur de la santé regorge de processus cliniques qui lui sont spécifiques. Deux types de technologies font l'objet de l'informatisation globale du système de soins : celles à visée clinique et celles à visée administrative. Les premières ont précisément pour objectif d'intensifier le travail des professionnels de la santé par une modification de leur cadence de travail, alors que les deuxièmes visent à automatiser certaines activités administratives (telles que le service de la paie ou des archives) afin de les rationaliser. En fait les technologies de l'information sont presque identiques mais elles sont appliquées à des types de processus divers.

Vers un Système d'information clinico-administratif

Un système d'information de nature clinique et administrative est également à l'origine d'un changement profond dans le secteur hospitalier. Il s'agit en effet de coordonner les activités cliniques et administratives dans un seul système d'information. Il s'agit également de mettre en place de nouvelles techniques de travail qui tendent progressivement à éliminer le système « papier ». Ainsi *« le Tout informatique »* (Carré &Dominique 2001) devient de plus en plus

évident dans le milieu de la santé. Deux systèmes s'opposent en effet, le système « papier » et le système électronique. Nous considérons à l'instar de plusieurs auteurs en sciences de l'information et de la communication, que cette attitude risque de poser des problèmes liés à la coordination des activités.

Par extension, dans la mesure où l'hôpital est marqué par une logique paternaliste des professionnels de santé, pour qui la communication est souvent considérée comme une perte de temps entre les soignants et les soignés, nous nous posons les questions suivantes : Pourquoi ce changement technologique et organisationnel? Est ce qu'on communique mieux avec les TIC ? Où est la place de la communication dans cette nouvelle organisation de travail ?

2.3 Limites de la conception techniciste de l'innovation médicale

Ainsi dans cette recherche, notre objectif est de discuter la vision technocratique sur les TIC, qui risque d'enfermer et de bloquer aujourd'hui l'innovation médicale. La dimension technologique, établie dans un cadre pré-établi (économique, institutionnel, politique…) pose un problème pour le changement et le fonctionnement du système. Cette attitude de mettre en avant une logique techno-économique dans le domaine de la santé via les TIC, soulève aujourd'hui de nombreux débats sur la mise en place mais aussi sur le comportement de plusieurs acteurs de la santé qui sont parfois très réticents aux projets liés au changement de travail induis par TIC.

Nous considérons dés lors que le plus important à observer n'est pas la technologie « pour la technologie » mais bien l'appropriation de la technologie, par le personnel l'expérience des acteurs qui utilisent le système. Dans cette optique partir de l'usage des professionnels constitue un véritable enjeu pour les professionnels mais aussi pour le chercheur.

Pour cette raison, nous voulons mobiliser des analyses socio –constructivistes susceptibles de nous éclairer sur les interactions entre les différents niveaux, c'est-à-dire le niveau micro, le niveau méso et le niveau macro.

Prend en compte la notion d'usage c'est se soucier des pratiques, des interactions, de la co-construction de sens, des projets, du changement organisationnel.

Nous considérons qu'avoir une posture constructiviste peut enrichir la compréhension des logiques de projets qui concernent les SI dans le domaine de la santé.

Comme pour Sylvie Grosjean et Luc Bonneville, les SI dans la santé sont selon nous à repenser dans leur mise œuvre. Une logique intégrative, anthropocentrée visant un « impératif créatif » (Grosjean, Bonneville 2007, 2008) devrait être mise en avant pour compléter ce qui a

été négligé dans les projets des SI dans la santé. Ils évoquent une « perspective médico-intégrative » (Grosjean et Bonneville 2007). Car nous croyons comme eux, qu'en négligeant cette perspective, les projets sur les technologies dans la santé risquent de connaître des blocages, des réticences, des tensions, des contradictions voire même des échecs de projets dans la santé.

Notre objectif est donc de montrer qu'en plus des enjeux techniques, managériaux, politiques et économiques qui sont identifiés par de nombreux chercheurs (Sicotte *et al.* 1997 ; 2005), il existe des défis en termes de communication qui apportent des solutions aux problèmes et contraintes qui empêchent le bon fonctionnement des projets des systèmes d'information dans la santé. Ces dispositifs sont considérés aujourd'hui comme dispositifs de rationalisation et de changement des pratiques ou des interactions, entre le patient, le médecin et les dispensateurs de soins.

Ainsi, de cet objectif visé, découle une question centrale de recherche :

Quels sont les enjeux en termes de communication que les systèmes d'information posent au quotidien dans les pratiques de travail des professionnels de santé ?

Nous suggérons que ces enjeux doivent être recherchés essentiellement sur trois dimensions : d'abord au niveau macro (la dimension structurelle des logiques de projets et le rôle des décideurs), puis dans une perspective méso c'est-à-dire le niveau intermédiaire (le rôle de la communication dans l'appropriation des systèmes d'information par les différents acteurs santé concernés) et le niveau micro (l'interaction entre l'outil, le soignant et le soigné).

Ainsi, nous considérons qu'un projet technologique regorge d'objectifs et d'intérêts subjectifs, qui montrent que le choix technologique est tout sauf neutre, quelque soient les vertus de rationalité et d'expertise qu'il incarne. Nous considérons que bien avant l'élaboration du projet jusqu'à la mise en place, les acteurs de natures diverses défendent des intérêts, des visions, des orientations d'ordre économique, culturel, politique.

Ainsi, les priorités des porteurs de projets technologiques aussi se révèlent être non seulement technologiques mais culturelles, économiques, politiques. Une attitude qui risque de ne pas mettre la priorité sur les besoins sociaux, qui pourraient pourtant être un enjeu central partagé par tous les acteurs concernés.

Pour les responsables de ces outils, il devient alors nécessaire de mettre en place des mécanismes de partage, d'échange, qui permettront d'identifier le besoin, afin de définir les finalités du projet.

Selon nous, ces mécanismes reposent prioritairement sur les enjeux communicationnels qui sont susceptibles de faciliter les échanges entre les personnes, d'articuler l'interaction entre

l'humain et la machine. Ils nous permettent aussi d'éclairer sur les enjeux communicationnels. Les enjeux qui centralisent l'ensemble des autres enjeux. La mise en œuvre des TIC devraient être l'objet d'un dialogue, de négociation et de discussion. Autrement dit, cerner les enjeux communicationnels c'est mieux cerner les dynamiques transversales susceptibles de rendre en compte les aspects culturels, économiques, politiques etc.

Il convient alors d'appréhender la dimension communicationnelle dans les organisations comme une dimension possédant *« un double enjeu »* (Bouillon 2008, p 73). Selon Jean-Luc Bouillon, la dimension communicationnelle repose sur deux enjeux :

« *Le premier consiste à dépasser le terme englobant de communication pour mettre en évidence la diversité des acceptations de cette notion Le second enjeu consiste à rendre compte du fait que les organisations sont constituées de différentes composantes symboliques dont l'étude est de nature à mieux saisir l'articulation entre des dimensions économiques, sociales, techniques, et politiques qui caractérisent cette espace organisé »* (Bouillon 2008, p 73).

Ainsi donc, cette approche permet d'une part d'appréhender le changement dans une logique de collaboration, de conversation et de dialogue des modalités, emblématique d'une perspective visant à « changer en communiquant » (Giroux 2010) qui considère toutes les parties composantes de l'organisation. D'autre part, elle permet aussi de conserver un regard critique sur la technologie. En effet, nous considérons que la fascination pour la technologie fait perdre tout sens critique. La technologie représenterait en soi, la solution aux problèmes. Pour notre part, nous considérons que la technologie n'a de sens et de pertinence que dans la mesure où elle est pensée de façon à régler les besoins en temps réel dans les organisations de santé, et qu'elle est appropriable et appropriée par les acteurs du milieu. Une telle appropriation par tous les acteurs nécessite de prendre en compte tous les avis, même ceux qui sont les plus critiques à l'égard de cette technologie, pour trouver une solution et surtout faciliter la coordination dans les pratiques cliniques. Nous considérons en effet la notion de coordination comme étant un enjeu principal dans l'implantation d'un système d'information et repose sur les interactions.

Dans ce contexte, la phase initiale d'un projet technologique repose sur une idée, qui doit se transformer progressivement dans les interactions entre les différents acteurs du projet, jusqu'à la mise en opération. Ainsi croyons comme Jean-Luc Bouillon :

« Ce cadre idéologique est présent transversalement dans la manière dont les processus communicationnels sont articulés aux processus économiques » (Bouillon, 2008, p 79).

Par conséquent, tenir compte de la dimension idéologique, c'est mettre sur la table une idée, autour de laquelle les différents acteurs soulèveront des critiques, des avis mitigés et des échanges constructifs. Cette démarche veut également montrer que les projets technologiques et l'implantation des TIC ne se résument pas à une cohésion sociale ou à un trajet vers un consensus, mais intègrent également de la structuration et de l'idéologie (Bouillon, 2008, p. 80).

L'introduction des SI dans la santé doit être d'abord une aventure humaine plutôt que d'être une aventure technologique. Ce faisant notre démarche en tant que chercheur est de se poser deux questions principales qui sont les .suivantes : comment faire ressortir les meilleurs pratiques ? Comment mettre en place des méthodologies ?

Nous allons à présent aborder notre positionnement épistémologique. Quel est le cadre théorique suivi dans cette étude ?

3. Cadre théorique : quels concepts et hypothèses de recherche

Comme nous venons de souligner, les technologies de l'information et de la communication ont fait l'objet de nombreux débats et de travaux aussi bien en sociologie, qu'en management, en psychologie, en sciences gestion. Ceci montre, tel que le souligne Edgar Morin, que :

« Nous vivons dans un système d'éducation qui nous fournit des connaissances multiples très précieuses mais qui sont séparées les unes des autres et sont compartimentées dans les savoirs spécialisés » (entretien avec Edgar Morin France inter le 27 Janvier 2011).

Il considère qu'il n'y a pas de possibilité de relier les connaissances, de façon à voir où sont les problèmes fondamentaux et globaux pour ainsi identifier un problème fondamental.

Suite à ces propos, nous considérons qu'il devient crucial dans le cas qui concerne l'informatisation des organisations, d'essayer de relier justement plusieurs théories, de faire un recensement des écrits en sciences humaines et sociales afin de définir peut-être mieux les problèmes que soulève l'informatisation des organisations, en particulier des organisations de la santé.

Dans notre travail nous avons souhaité dresser une typologie de la communication organisationnelle. L'objectif en menant cette typologie, correspond à une préoccupation forte pour nous : mettre en évidence les théories et concepts que les acteurs en Sciences de l'Information et de la communication mais aussi en Sciences Humaines et Sociales en général ont proposé concernant notre objet d'étude.

3.1 TIC, questions de pouvoir et de contrôle : autour de la notion de dispositif de Foucault

Il est important de rappeler que Foucault s'inscrit dans une perspective critique qui consiste à prendre du recul par rapport aux idées reçues sur les technologies de l'information et de la communication dans les organisations. La théorie critique est issue de l'école de Francfort fondée en 1923 par Horkheimer, Adorno, Marcuse etc. Pour eux, la culture de masse véhiculée par les mass médias est une idéologie au service du capitalisme et de la classe dominante. Leur vision sur les phénomènes contemporains qui se passent dans la société et plus précisément dans les organisations a été relayée par les auteurs contemporains appartenant à de nombreuses disciplines différentes.

Après les années 1970, il a eu des changements économiques et sociaux majeurs.

Nous assistons à un fort ralentissement de la croissance et l'augmentation des inégalités économiques. Pour faire face à ces problématiques, une nécessité de soutenir la consommation était devenue préoccupante. Dans ce contexte, nous assistons au rôle de plus en plus important de la publicité et de l'innovation, la globalisation de l'économie, apparaissent de plus en plus évidente.

Face à ces bouleversements et à ce nouvel état du monde, il était alors naturel que des sciences tentent de comprendre les nouveaux phénomènes en œuvre.

C'est ainsi que des auteurs contemporains d'abord en sociologie ont tenté de développer des idées autour des changements qui heurtent bien le monde dans toutes les dimensions.

Concernant le volet des technologies de l'information et de la communication dans les organisations, un regard très critique a été porté notamment par Michel Foucault, pour qui les dispositifs disciplinaires étaient une autre façon de discipliner les gens. Donc à travers ces dispositifs, les individus vont s'auto-discipliner et s'autocontrôler. Ainsi avec l'arrivée des technologies, outil typique que constitue la vidéosurveillance pourrait être comparé au panoptique de Foucault. Ce paradigme critique se fonde sur le fait qu'il faut se pencher sur les enjeux de pouvoir pour comprendre les TIC. Il ne faut pas seulement porter le regard sur le consensus. Ainsi donc, à l'instar des études sur le genre, la discrimination, la diversité, les études sur les technologies dans une perspective critique nous permettent d'avoir une autre réflexion par rapport aux idées reçues sur les phénomènes qui traversent les nouvelles formes d'organisations. Nous y reviendrons plus largement.

Les chercheurs de l'approche critique ont soulevé des problématiques qui reposent sur des concepts de domination, de pouvoir, de contrôle, et d'autonomie. Ces auteurs dits critiques tels que Bourdieu, Foucault, Castoriadis entre autres, ont beaucoup œuvré dans ce sens.

Ainsi donc dans cette partie, nous n'allons pas mener une étude exhaustive des travaux sur l'approche critique, notre objectif est de voir dans quel sens les TIC et la communication ont été abordées.

Si Bourdieu parle de rapports de domination dans la société en général et dans les organisations en particulier, nous supposons qu'il fait allusion à l'organisation pyramidale qui repose sur des stratégies purement formelles et rationnelles, dans laquelle les dominateurs vont décider sur les dominés et ces derniers ne font qu'appliquer les décisions venant de la hiérarchie.

Si Foucault conceptualise les notions de pouvoir et de contrôle, tout comme Bourdieu, il essaye de dénoncer les jeux et les forces de pouvoir qui pourraient exister dans les organisations. Ils considèrent qu'en exerçant le pouvoir sur le salarié, c'est une autre façon aussi de les discipliner pour qu'il respecte les normes comportementales dont se revendiquer l'organisation, dans laquelle il travaille, et qui cherche ainsi à faire.

Nous pensons comme Castoriadis qui considère que :

« Une société autonome ne peut être formée que par des individus autonomes et des individus autonomes ne peuvent vraiment exister que dans une société autonome. L'individu autonome ne peut agir qu'après réflexion et délibération » (George et Bonneville, p102 .2010).

Nous considérons que ce concept d'autonomie doit être incarné par chaque individu occupant une place dans l'organisation. L'autonomie pourrait renforcer l'efficacité de l'individu dans les organisations et elle ne doit pour cela être partielle. Cette autonomie doit être totale c'est-à-dire que l'individu dans l'organisation doit être autonome dans les moments de prises de décisions dans les activités qui préoccupent l'organisation. C'est de cela que :

« Provient l'idée d'organisation autogérée qui repose sur un partage égalitaire du pouvoir entre l'ensemble de ses membres » tel que le soulignent (George et Bonneville, 2010).

Nous voyons bien que ces auteurs pointent du doigt les phénomènes qui peuvent freiner un bon déroulement d'une organisation et qui peuvent entraîner des dysfonctionnements.

Les questions que nous nous posons en lien avec ces concepts critiques et par rapport aux technologies sont les suivantes :

Ces concepts s'appliquent-ils aux projets technologiques ? Comment les mobiliser dans les projets technologiques dont la notion de consensus est centrale ? Quel est le rôle de la communication?

Nous appuyons sur quels que exemples des auteurs qui ont bien porté un regard vis-à-vis de l'implantation des TIC dans les organisations. Par exemple Foucault qui souligne que :

« *Le panopticon de Bentham [..., on] en connaît le principe : à la périphérie un bâtiment en anneaux ; au centre, une tour ; celle-ci est percée de larges fenêtres qui ouvrent sur la face intérieur de l'anneau ; le bâtiment périphérique est divisé en cellules, dont chacune traverse toute l'épaisseur du bâtiment ; elles ont deux fenêtres, l'une vers l'intérieur, correspondant aux fenêtres de la tour ; l'autre, donnant sur l'extérieur, permet à la lumière de traverser la cellule de part en part. Il suffit alors de placer un surveillant dans la tour centrale, et dans chaque cellule d'enfermer un fou, un malade, un condamné, un ouvrier ou un écolier*. [...]. *Le dispositif panoptique aménage des unités spatiales qui permettent de voir sans arrêt »* (Foucault, 1975, p. 201-202). Il poursuit *« il suffit que le citoyen (comme le prisonnier) croit être sous surveillance pour qu'il se surveille lui-même. » (Foucault.)*

Dans cette optique, si nous suivons la démarche de Foucault, les dispositifs disciplinaires sont une autre façon de discipliner les gens. Dans ce sens nous supposons que les technologies, ont été mises en place pour permettre aux individus de s'auto contrôler. Nous soulignons ainsi que les technologies ont bien un rôle de domination dans les organisations. Plus explicitement ce terme de domination est repris par d'autres auteurs qui appartiennent à ce même courant de pensée.

Dans les années 1990, la mondialisation, l'implantation des TIC, la montée de l'économie tertiaire, le développement des multinationales, redonnent leur place aux théories critiques. Dans la même perspective de Foucault, Boltanski et Chiapello (1999)

« Parlent d'un monde connexionniste où la forme dominante devient celle du réseau ».

Ils veulent dire par là qu'avec les technologies de l'information et de la communication, tout le monde est connecté. En menant une critique du capitalisme, ils voient les technologies de l'information et de la communication comme une autre forme du capitalisme, de domination, de pouvoir, de contrôle et de manque d'autonomie

En effet pour eux, les TIC dans les organisations, constituent une autre manière beaucoup plus subtile de dominer les salariés. Ils pointent sur le rôle d'exploitation des salariés susceptible d'être masqué par les TIC.

La société des services d'aujourd'hui serait associée à une forme de domination portée par le réseau: les entreprises doivent adopter le système réseau sinon elles sont plus dans la course.

Une entreprise qui ne fait pas partie du réseau, c'est -à -dire immobile va se faire « manger » par les autres. Ils définissent une nouvelle forme d'exploitation, une nouvelle forme de domination: les entreprises qui sont mobiles sont dominantes dans ce nouvel esprit du capitalisme d'aujourd'hui.

Bernard Miège (1997) dans ce registre critique parle des « relations publiques généralisées ». L'auteur livre ainsi une critique sur le nouveau fonctionnement des organisations et de la société de communication en général présentant les nouveaux outils comme n'étant rien d'autre qu'une nouvelle forme de domination, qui se fait d'une autre façon subtile.

Nous voyons bien que la notion de « contexte » dans l'approche critique est centrale. Ici le contexte des technologies est marqué par un concept important qui est l'innovation. Cette position apparaît comme fondamentale dans le monde capitaliste où il convient d'innover pour faire consommer les individus. Celle-ci est censée d'être possible par les technologies de l'information et de la communication.

La communication est alors vue comme un outil de manipulation, d'endoctrinement. Ainsi, les individus sont en train de subir une autre forme d'exploitation un nouveau capitalisme dans lequel, la communication est considérée comme un dispositif de « relations publiques généralisées » (Miège 1997, Floris 1996).

Voyons maintenant ce qu'il en est dans le domaine de la santé, afin de mesurer la place des technologies. Ce paradigme critique est utile, pour éclairer sur la notion de pouvoir associé aux TIC dans les organisations. Elles ne doivent pas être associées à l'idée de consensus. Il convient de prendre du recul par rapport aux idées reçues sur les nouvelles technologies et leur impact présumé.

Par ailleurs, l'approche sociologique insiste beaucoup sur l'évolution fondamentale des TIC dans les organisations. Cette approche propose le concept de « dématérialisation » du rôle pour penser l'ampleur des TIC dans l'organisation. En effet la dématérialisation des activités économiques incarnée par les TIC, entraîne un changement radical du contenu même de l'organisation, c'est-à-dire de la production et de la concurrence. En d'autres termes, l'explosion de l'informatique et des nouvelles technologies de l'information jouent un rôle moteur dans cette évolution. Selon Henri Tézenas du Montcel :

« Le concept même d'entreprise est en train de changer. La conception traditionnelle définissait l'entreprise comme une organisation productive construite sur un patrimoine et des actifs physiques. L'entreprise moderne se dématérialise, et le talent des gestionnaires consistera surtout à faire émerger des savoirs et des savoir-faire, à les articuler puis à gérer une capacité productive à l'intérieur de la structure ».

Ceci nous amène à analyser les nouvelles formes d'organisation qui ont vu leur émergence grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.
Ce que nous regrettons de la perspective critique à l'égard des technologies dans les organisations, c'est sa conception trop étroite de la notion de pouvoir et de domination qu'elle associe celles-ci dans les organisations.
Voyons maintenant la conception fonctionnaliste par rapport à notre objet d'étude. Nous mettons en œuvre dans les lignes suivante le paradigme fonctionnaliste incarné par Sicotte dans le domaine de la santé.

3.2 Système d'information et notion de performance selon Sicotte

Dans une perspective interdisciplinaire, nous présentons dans cette section l'approche du système d'information organisationnel (SIO) et de sa potentielle performance (Louis Raymond, Suzanne Rivard, François Bergeron dans leur ouvrage intitulé *L'informatisation dans les PME* (1988) soulignent que :
« *Toute entreprise nécessite un SIO efficace pour répondre à la complexité et au changement accrus de l'environnement d'affaire actuel. Par exemple un directeur du marketing a besoin d'information sur les performances de vente et sur les tendances du marché, un directeur des finances veut connaître les coûts de financement et les retours sur l'investissement, un directeur de production réclame de l'information pour analyser les besoins en ressources et la productivité de la main- d'œuvre, et un directeur du personnel requiert de l'information concernant l'indemnisation des employés et le développement professionnel. Outre l'accroissement de l'efficience des processus opérationnels basés sur la saisie, le stockage et le traitement de données, le rôle du SIO est avant tout d'améliorer l'efficacité du processus de prise de décision des gestionnaires en satisfaisant leur informationnels, c'est-à-dire, en leur fournissant une formation plus pertinente et plus opportune en regard de leur différents problèmes de planification et de contrôle. Le SIO doit aussi leur donner les moyens d'analyser cette information* ». (p.4).
A travers ces propos, nous constatons que les technologies, en particulier des systèmes d'information, sont intégrés pour mieux fonctionner et mieux performer les différentes parties de l'organisation, notamment le domaine marketing, le domaine financier, la gestion des employés, etc. Le maître mot pour les gestionnaires semble reposer sur un credo qui est la capacité qu'auraient les technologies à améliorer la productivité de l'organisation.

Selon cette approche, les processus d'affaires « performants » sont nécessairement soutenus par des systèmes et des technologies de l'information, essentiels pour atteindre « l'excellence opérationnelle ». La conception de nouveaux processus « performants », de développement de systèmes d'information, qui alimenteront ces processus et de choix des technologies de l'information qui les soutiendront, est omniprésente.

Dans ce contexte, nous appréhendons les systèmes d'information telle que les définit Robert REIX :

« Notre monde d'aujourd'hui est celui des technologies de l'information et de la communication et des « systèmes d'information ».

Il poursuit et définit le concept de système d'information comme un

« Ensemble organisé de ressources permettant d'acquérir, traiter, stocker, communiquer, etc., des informations ».

En effet, l'implantation d'un système d'information dans une organisation contribuerait à améliorer la communication et l'efficacité dans le travail. Cette approche insiste sur la capacité de l'outil dans la transformation de l'information. En effet, les systèmes d'information sont définis comme étant des outils technologiques qui sont omniprésents dans le monde des affaires en général et dans le monde organisationnel en particulier. Ils constituent aujourd'hui une sorte de « système nerveux » des organisations.

Les systèmes d'information intègrent les différentes parties de l'organisation c'est-à-dire de la vente des produits aux paiements des employés permettant ainsi à l'entreprise d'observer son environnement et d'y réagir. Ainsi pour réussir dans le monde des affaires aujourd'hui, les systèmes d'information sont incontournables.

Ainsi nous dénonçons une vision fonctionnaliste de ces auteurs et une réification de la communication qui pour eux reste un simple outil de transmission de l'information. Nous considérons qu'au –delà de la transmission de l'information, la communication est plus complexe et que le chercheur en communication est censé analyser cette complexité pour tenter de répondre aux problèmes liés à l'informatisation des organisations.

C'est dans cette optique que nous avons mené une étude exploratoire sur la littérature de l'Amérique du Nord, pour bien comprendre notre objet d'étude. Ce faisant nous avons repéré des auteurs qui sont incontournables qui tentent d'expliquer plusieurs thématiques liées à l'introduction des TIC plus particulièrement des systèmes d'information dans les organisations de santé.

En effet les systèmes d'information soulèvent de nombreuses problématiques, et des auteurs tels que Sicotte ou Paré tentent de les appréhender selon différents besoins notamment :

besoin d'acceptabilité, besoin d'utilité perçue, besoin de gestion de risque et de son succès dans l'organisation. Selon ces auteurs ces éléments constituent des indicateurs centraux pour faire accepter facilement aux professionnels de santé un changement technologique dans le domaine de la santé.

Nous avons mené une étude exploratoire et exhaustive sur la revue de la littérature de l'Amérique du Nord. Nous avons voulu nous concentrer sur l'un des auteurs pionniers dans les problématiques qui portent sur les systèmes d'information dans les organisations de santé. Selon Sicotte (2005b)

« L'adoption d'un DPP est principalement influencée par le niveau d'utilité perçue et de cette technologie. L'utilité du DPP doit être clairement démontrée et communiquer aux médecins qui, suite à une certaine forme d'appropriation de la technologie, pourront à leur tour jouer un rôle clé de leader d'opinions auprès de leurs pairs » (cf. au rapport 2005b p 13).

Nous pouvons donc lier cet auteur à la définition de la technologie selon laquelle, elle est utile pour les utilisateurs, qui acceptent l'outil dans leurs pratiques de travail. Il s'agit là d'identifier « l'utilité perçue » d'un système d'information du point de vue de ses utilisateurs, qui et qui est un élément clé de l'adoption d'un système d'informatique.

Ainsi cette analyse porte sur les relations individuelles de chaque utilisateur avec la technologie. Nous comprenons bien par là que la non consultation des utilisateurs par les médecins peut entraîner des résistances au sein des professionnels de santé ; mais aussi, des pertes de temps énormes dues au fait que les concepteurs n'avaient pas jugé nécessaire de discuter avec les médecins lors de la planification. Dans ce sens, des résistances peuvent s'observer lors de la phase d'appropriation, une telle attitude ne s'inscrit pas précisément dans une logique de réduire les coûts. Dans le projet d'implantation d'un système d'information, ce rapport nous révèle que c'est un projet qui s'effectue à long terme au cours duquel se déroulent des phases qui permettront de bien analyser le système avant de le mettre en place. Dans le cadre de notre étude par exemple, nous avons appris que c'est au cours de la dernière phase qui marque la fin de l'expérimentation, c'est-à-dire la phase de pilotage, que quelques utilisateurs ont été impliqués dans le projet, afin qu'ils puissent à terme utiliser l'application du HNS en contexte réel. Ces révélations nous permettent de poser la question suivante : l'absence de consultation des acteurs en amont dans un projet de système d'information peut-il entraîner des résistances chez les utilisateurs ?

Dans un contexte où les utilisateurs ne sont pas été consultés en amont, l'adhésion au projet devient un véritable problème qui peut entraîner des retards et des pertes de temps qui vont à l'encontre des besoins qui étaient à l'origine même du déploiement d'un système d'information, tel que nous le révèle ce même « Rapport Sicotte » :

« L'accès rapide au résultats de laboratoire est un élément clé pour accélérer la prise de décision médicale à l'urgence. Malheureusement, les médecins n'ont pas voulu utiliser le DPP lors des premières semaines de la phase de pilotage. Le système était alors jugé peu utile pour la pratique médicale d'urgence dans la mesure où la mise à jour des données de résultats de laboratoire n'était pas automatique et continue. Une mise à jour continue est particulièrement importante à l'urgence où les médecins attendent le résultat de tests avant de prendre une décision finale sur la gestion des cas. En l'absence d'une telle fonction, la seule option offerte aux médecins pour obtenir des résultats récents était de fermer complètement leur session de travail et de se rebrancher à nouveau au système. Cette solution impliquait une perte de temps entraînée par la nécessité de se soumettre aux mesures de sécurité (identifiant et mot de passe). Cette option, peu adaptée au rythme de travail de l'urgence, explique le délai à l'utilisation de ce groupe de médecins qui représentait la moitié des médecins participant à la phase de pilotage » (Sicotte, Paré, Paccioni, Lehoux 2005b p, 7 à 8).

Dans cette ligne de pensée, un autre exemple intéressant datant de 2005 le projet vitrine de DPP. L'analyse menée repose sur l'étude des facteurs de risque, considérés comme des facteurs qui ont une influence, positive ou négative, sur la volonté et la capacité des utilisateurs à adopter le nouveau système informatisé. Pour ce faire, les acteurs du projet ont jugé nécessaire d'analyser ces facteurs de risques qui selon eux sont au nombre de six.
Ainsi, le premier facteur qu'ils considèrent comme étant le cœur de tout autre facteur de risque serait le risque technologique. Ils défendent l'idée selon laquelle analyser en premier et en tout début de projet le risque technologique, permet de cerner les enjeux technologiques qui sont au cœur d'un projet de déploiement de Dossier Patient Partageable, dans la mesure où un tel dossier médical électronique est une nouvelle technologie de l'information qui représente une innovation technologique importante pour les organisations de santé. C'est dans cette dynamique qu'ils considèrent qu'il est possible de mieux cerner plusieurs notions notamment : le réseau de télécommunications interorganisationnelles, la qualité et la pérennité de la solution informatique d'un quelconque système d'information, la performance

technique, c'est-à-dire temps et réponse du Dossier Patient Informatisé par exemple, l'intégration du DPP aux systèmes patrimoniaux sources (le système papier par exemple). Ainsi toujours selon ces auteurs, l'analyse du risque technologique permet de dégager une série d'enseignements pouvant guider à la réalisation de projets de déploiement de DPP tel que le soulignent les auteurs de ce même rapport (2005b p.12).

Le troisième risque a trait au risque organisationnel qui consiste à prendre en compte le fait que les cliniciens et les médecins sont dépendants les uns des autres dans la gestion de l'information clinique concernant les patients. C'est donc le système informatique et le système papier doivent être conçus en fonction d'un mode collectif d'organisation. Le quatrième risque est lié au mode de gestion managériale qui selon ces auteurs doit prendre en compte l'ensemble des acteurs qui sont impliqués dans ce projet. Donc ils considèrent qu'il faut laisser une marge de manœuvre au noyau d'acteurs clé qui doit représenter des expertises complémentaires pertinentes, que sont le volet clinique, le volet technologique et le volet développement ou de changement organisationnel. Le cinquième risque identifié repose sur des méthodes stratégiques. Selon les auteurs, l'identification du risque stratégique, permet d'acquérir une réflexion sur la collaboration interorganisationnelle qui va au-delà d'une seule dimension technologique. Le dernier et sixième risque porte sur les facteurs légaux. Ainsi analyser le risque légal est pour ces auteurs une façon de respecter les règles de fonctionnement issues du cadre juridique qui sont utilisées pour opérer une technologie de l'information.

Ainsi, pour ces auteurs, l'analyse de ces six facteurs de risque doit être adoptée avant toute implantation d'un système d'information en milieu hospitalier. Ainsi :

« Chacune des dimensions du risque comprend une série d'enjeux et de défis majeurs qui devrons tous être anticipés et éventuellement surmontés afin de maximiser les chances de réussite » (Rapport 2005b, p. 23).

Dans ce rapport, les auteurs nous ont montré qu'outre les logiques technologiques, il faut que les acteurs parviennent à concilier d'autres logiques essentielles comme les logiques humaines, organisationnelles, stratégiques et légales. Car chacune de ces logiques présente à la fois des opportunités et des écueils qu'il faut savoir capturer ou surmonter.

Ainsi, nous constatons que les auteurs se sont focalisés sur six facteurs de risque en l'occurrence : technologique, humain, organisationnel, managérial, stratégique et légal. Ces préoccupations sont doubles : il s'agit, de poser un diagnostic sur la nature des risques auquel

le déploiement du nouveau système est confronté, et ensuite d'identifier des stratégies efficaces pour en assurer l'adoption par les utilisateurs et l'attente des bénéfices visés.

Nous considérons que ces facteurs sont irréversibles dans ce projet, mais nous considérons que d'autres facteurs notamment le risque communicationnel pourrait entrer en jeu dans ce projet d'implantation d'un système d'information.

Dans la partie qui traite le risque humain, les auteurs révèlent beaucoup de risques qui portent sur les activités quotidiennes des médecins et qui ne sont pas toujours prises en compte dans les situations de changement organisationnel. En effet selon leur étude de terrain, les résultats leur montrent que les médecins n'éprouvent pas un besoin de reconnaissance professionnelle via une utilisation de la technologie. Leur étude montre qu'une moyenne de 6,2 sur 7 de médecins a indiqué qu'une condition préalable à l'adoption du DPP était l'alignement de la technologie avec les pratiques et processus cliniques en place au sein de leur établissement de santé respectif (2005b, p 13).

Nous notons une préoccupation forte que des médecins, qui perçoivent l'utilité de l'outil. Cependant, nous remarquons que cela n'empêche pas de constater des résistances dans son adoption. Dans ce contexte, analyser les enjeux communicationnels, serait une opportunité de créer une autre manière d'adopter un système d'information.

Nous avons constaté que les enjeux communicationnels n'ont pas été abordés lors des premières phases d'expérimentation du nouveau dispositif. Or, il est utile de produire une information et des connaissances utiles, aptes à cerner les enjeux professionnels, organisationnels, et technologiques pour un bon fonctionnement du dossier patient informatisé.

Nous envisageons dans ce contexte le fait que négliger ces enjeux communicationnels, pourrait être un des facteurs qui nuit au succès de la gestion de tels projets.

En effet, si les objectifs du projet visent à surmonter les contraintes en manière de gestion et de communication de l'information clinique, nous considérons que la communication doit être prise dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire de communication dans les processus d'implantation en amont et aval d'un système d'information, et non pas comme une fonction de l'organisation, comme un outil au service de la bonne gestion dans l'organisation :

« La communication des documents cliniques. Cette fonction consiste à acheminer les nouveaux résultats de tests de laboratoire ou radiologie au médecin traitant sitôt qu'ils sur Health Network Solution (HNS) »[1] Sicotte, Paré, Paccioni, Lehoux 2005 b p.5.

Pour notre analyse de terrain, nous nous centrerons sur les enjeux communicationnels, susceptibles d'entrer dans le cœur des pratiques quotidiennes des médecins, des cliniciens, des infirmières. Comprendre les problèmes et les difficultés entre les acteurs, aide à analyser les risques. Dans ce contexte, nous considérons les enjeux communicationnels comme étant une dimension centrale, par et dans laquelle les acteurs peuvent construire du sens pour trouver des solutions technologiques au sein de leur pratique de travail.

Ainsi donc, nous nous posons les questions suivantes : la communication comme processus de création de sens serait-elle la matrice par lequel émerge la notion de consensus dans l'adoption d'un système d'information dans le milieu hospitalier ? Comment à travers la communication nous pouvons démontrer que l'adoption d'un système d'information peut émerger des acteurs qui utilisent ces systèmes ? Quelles seront les stratégies de communication à mettre en œuvre ?

Systèmes d'information : un phénomène dynamique selon Delone& Mclean

Nous avons constaté que le succès en matière de déploiement d'un système d'information, s'il touche des domaines spécifiques et névralgiques, nécessite beaucoup de travail dont plusieurs dimensions peuvent entrer en jeu. Dans ces études précédentes, nous avons constaté que, le succès d'un système d'information clinique demeure une opération difficile. Ainsi plusieurs facteurs peuvent exercer une influence sur l'utilisation et les effets d'un système informatique par des professionnels de la santé et en déterminer le succès (Van Der Meijden, Tange, Troost, Hasman 2003).

Dans les études fondées sur la théorie de l'action raisonnée menée par Delone & Mclean, leur modèle soutient que le succès est un phénomène dynamique et non un état statique. Le succès est un construit multidimensionnel composé de six dimensions entre lesquelles existe une interdépendance à la fois temporelle et causale. Ils retiennent que les six dimensions du succès sont successivement la qualité de l'information, la qualité du système d'information, la qualité

du service technique, l'utilisation du système d'information, la satisfaction globale et les bénéfices produits par le système. Ils considèrent que les trois premières dimensions sont centrales dans le succès d'un système d'information, les deux dimensions qui suivent découlent des ces trois premières étapes qui favoriseraient une utilisation effective du système. Les auteurs (Sicotte, Moreault, Paré, 2005) ont mené une recherche quantitative. Les résultats ont montré que parmi les six variables, qui selon la théorie de « l'action raisonnée », justifiaient le succès d'un système d'information, une seule variable à été retenue comme étant une variable qui peut créer une utilisation globale du système par les médecins : il s'agit notamment de la qualité d'information qui pourrait expliquer l'utilité perçue du système (Sicotte, Moreault, Paré, 2005 p.4). En effet, c'est autour de la qualité d'information en dépendent dans l'organisation la validité, l'accessibilité temporelle et spatiale, l'accessibilité aux informations historiques et la manipulation simple des informations.

Cette double amélioration du système d'information clinique concerne d'une part, l'amélioration du processus de la prise de décision clinique, et prend en compte des dimensions comme la gestion simplifiée du dossier par le médecin, et la diminution de son temps consacré à cette activité D'autre part, l'amélioration du processus de traitement mesurait aussi des dimensions comme l'amélioration de la relation médecin-patient, la diminution des analyses de laboratoire et examens, et l'accélération du début du traitement (Sicotte, Moreault, Paré, 2005 p. 3). Ils ont tenté d'expliquer qu'il n'y avait pas une interdépendance entre les six dimensions qui justifiaient le succès du modèle de la théorie de « l'action raisonnée ». Donc, leur recherche a invalidé la dynamique et l'interdépendance du modèle. Elle n'était pas capable d'inciter les médecins à apprécier l'utilité du système d'information clinique. Seule la dimension qui concerne la qualité de l'information était une priorité chez les médecins, du fait qu'elle serait une dimension névralgique prête à contribuer à une bonne prise de décision clinique et à promouvoir le dialogue entre le médecin et le patient.

Ainsi donc, pour notre étude, nous portons notre attention sur cette dimension particulière qui est la qualité de l'information, susceptible de créer de l'adhésion dans l'implantation d'un système d'information.

Nous essayerons de comprendre comment dans une implantation d'un système d'information, les stratégies qui permettent de créer une qualité de l'information peuvent créer un consensus autour du système électronique. Autrement dit, si la satisfaction des usagers réside dans la qualité de l'information, il devient aussi central de trouver et de développer des stratégies qui

vont améliorer et renforcer cette qualité de l'information favorise d'acceptation l'acceptation de l'outil par les utilisateurs.

Il s'agit alors de définir les dimensions qui vont permettre *« a successful information system »*. Pour ce faire les auteurs tels que Sicotte Paré, Moreault, Lemay Valiquette, Barkun (2009 a) ont poursuivi leurs recherches sur ce qui entraînerait le succès d'un système d'information clinique. Ainsi ils se référent encore au modèle de Delone & Mclean pour comprendre les méthodes de satisfaction des usagers dans l'utilisation d'un système électronique.

Nous constatons que ces auteurs, qui ont souvent mené une analyse beaucoup plus macro dans le domaine de l'implantation d'un système d'information à l'hôpital, ont dans cette étude envisagé d'apporter une contribution plus originale en parlant des usagers et en montrant la dualité entre deux systèmes : le système papier et le système électronique.

Pour eux, cette dualité se complète et repose sur les trois dimensions fondamentales qui sont :

- La structure qui à trait « perceived qualité attribute »,
- Le processus qui concerne : « perceived system usefulness »,
- Les résultats qui « perceived system outcomes ».

Chaque système détient une particularité qui permet d'obtenir des résultats en termes de performance d'un système d'information. Le système papier comme structure se préoccupe de la faciliter, de l'usage, de l'accessibilité et de la qualité de l'information. Cette attitude implique un sentiment d'utilité et de sens à utiliser le système papier, que les usagers considèrent comme efficace à la qualité des soins. Donc cet usage extensif du papier qui repose sur un processus de sens est considéré comme une satisfaction des usagers d'utiliser le système papier.

Le système électronique est perçu comme une qui structure facilite l'usage, l'accessibilité, la réhabilité du système, le temps de réponse et la qualité de l'information. Son utilité est perçue dans le fait qu'il assure mieux la sécurité du travail.

Ainsi, nous considérons que deux systèmes qui ont les mêmes composants, soit une bonne qualité de l'information, occupent une place centrale dans les processus d'utilisation des systèmes d'information.

Les résultats sont identiques et s'articulent autour du patient. Donc ils se complémentent réciproquement. Cette complémentarité pourrait être remarquée dans les situations où la machine électronique comme toute autre machine peut être en situation de panne, de « bug », ou en hors service. Dans ce contexte, les acteurs pourraient avoir comme solution le système

papier. L'autre complémentarité pourrait aussi résider dans le fait que les avis sont partagés entre les deux, car il se trouve que parfois les informations à rechercher sont beaucoup plus visibles sur le système papier que sur le système électronique, donc l'accessibilité est plus facile. Ce qui fait que dans les situations d'urgence les acteurs préfèrent utiliser le système papier. Pour atteindre les objectifs visés qui sont principalement de réduire les coûts et d'accéder facile à l'information, il faudrait une parfaite articulation entre les deux systèmes. Ainsi, ces auteurs nous ont montré que l'utilité que le système apporte aux usagers est fondamentale à leurs yeux.

Cette utilité part de la structure, c'est à dire du système (papier et/ou électronique), pour aboutir à des résultats. La question est de voir quelles seront les techniques utiles à mettre en place pour créer une harmonie entre les deux systèmes.

Nous apprécions la mise en évidence de plusieurs facteurs qui montrent la dimension multidimentionnelle qu'incarnent les technologies dans les organisations de santé. Cependant regrettons également la compréhension des termes tels « performance » d'une technologie qui reste très proche du déterminisme technologique et à cet égard nous assistons très souvent vers une réification de la technologie.

3.3 Usage des TIC chez Orlikowski

Dans cette partie, nous envisageons de définir les concepts importants liés à notre objet de recherche, et de développer les modèles et les approches théoriques liés à notre étude. Dans une analyse de ces approches en communication organisationnelle, notamment les approches fonctionnaliste, systémique, critique, qui ont beaucoup contribué à l'avancement et la compréhension de la communication organisationnelle. Nous reconnaissons le rôle qu'ont joué ces approches dans la compréhension des problématiques que soulève l'informatisation des organisations. Nous considérons que ces approches mettent l'accent pour la plupart, sur les critères rationnels et objectifs de l'organisation.

Par ailleurs, la perspective positiviste offre une vision réductrice de l'organisation. Quant à la perspective critique elle traite de domination, à d'aliénation. Ces approches ont tendance à considérer l'organisation en tant entité, prédéfinie où la communication est un instrument de transmission de message.

Pour nous, les perspectives sont différentes. La place des interactions, les formes relationnelles c'est-à-dire les conversations, les discours ne doivent pas être négligés.

En communication organisationnelle, nous considérons que par rapport à notre objet d'étude sur les systèmes d'information, il est nécessaire de faire appel à d'autres perspectives afin de mieux comprendre les spécificités de l'implantation de ces objets dans les organisations. En effet, nous ne voulons pas analyser les systèmes d'information, en partant du grand pour comprendre le petit. Autrement dit, même si nous prenons en compte les aspects structurels de l'organisation ou macrosocilogique de l'organisation, notre analyse veut d'explorer au mieux le niveau microsociologique que nous considérons fondamental, pour comprendre ce phénomène qui touche les organisations d'aujourd'hui.

Pour cela, notre positionnement théorique sera fondé sur l'approche dite constitutive . Une approche qui explore l'hypothèse selon laquelle la communication est constitutive de l'organisation (Cooren, Robichaud 2010). La communication est ainsi le fondement même de l'organisation et tout collectif en général, est central pour l'approche constitutive. Le rôle de celle-ci est de rendre compte intrinsèquement les interactions dans les organisations, et plus précisément celles des microacteurs, c'est-à-dire les pratiques de travail effectives. L'approche constitutive montre ainsi que les effets « organisants » sont principalement le résultat d'une coproduction en situation d'interactions (Cooren et Robichaud 2010). Elle nous montre comment la communication peut s'avérer utile dans l'analyse de processus organisants et insiste sur l'autre facette de la communication, c'est-à-dire sur son rôle « d'organiser » plutôt que d'être simplement un outil de transmission de l'information. L'accent est mis sur la dimension humaine dans les activités de l'organisation.

Nous abordons ici une étape fondamentale de notre recherche. En effet, nous avons présenté précédemment les différentes théories dans une perspective pluridisciplinaire pour tenter de comprendre leur place dans les organisations et les problématiques qu'elles soulèvent.

Nous avons pu identifier les forces et les faiblesses de chacune des théories présentées plus haut. Bien que les théories se complètent, il nous semble important dans une recherche scientifique de les confronter, ce que nous avons essayé de faire.

Cependant il devient crucial aussi dans une démarche scientifique de se positionner et de bien clarifier les théories mobilisées.

Nous avons signalé que notre positionnement s'inscrivait dans une perspective socio-constructiviste. C'est-à-dire une approche qui tend vers une tentative de réconcilier le micro et le macro. Ainsi, l'appel à la théorie de la structuration de Giddens devient en partie nécessaire à la compréhension de notre objet d'étude, du fait qu'elle s'interesse au processus dynamique et tente de dépasser le dualisme entre l'objet sociétal et la subjectivité individuelle. C'est ainsi que nous avons mobilisé les travaux d'Orlikwoski (2000), incontournable pour appréhender

les technologies dans les organisations, en mettant en évidence le concept de technologie en pratique, vidé de tout déterminisme technologique ou artefact technologique.

Ainsi, nous voulons appuyer notre positionnement autour de deux théories principales :

La théorie de la structuration (Giddens, Orlikowski etc.) et la théorie de l'acteur réseau (Callon &Latour). Mais aussi nous allons également mobilisé, la cognition distribuée et enfin les travaux de l'Ecole de Montréal.

Il s'agit d'aborder notre objet de recherche au niveau macro. Dans l'implantation des technologies, ce niveau est important, selon la « perspective structurationniste » qui met l'accent sur les organisations en cours d'informatisation. Cette approche suggère que toutes les modalités qui ont trait à l'informatisation des organisations doivent se faire en amont afin de permettre un bon déroulement de celle-ci : mettre les usagers en amont du projet. Il s'agit donc d'impliquer les acteurs dès l'élaboration du projet : *« en tenant compte de la dynamique historique ainsi qu'en créant des ponts entre le niveau micro et le macro de celle-ci »* (Groleau & Mayére, 2007). Ceci permet une imbrication entre objectivisme et subjectivisme, menant vers un dépassement de cette dualité qui s'oppose dans les études qui concernent les organisations.

Orlikowski suggère qu'on mette l'accent sur l'usage de la technologie plutôt que sur la technologie elle-même. Elle définit la notion d'usage comme étant : « interaction entre la technologie et les utilisateurs dans les pratiques de travail au quotidien ». Elle considère que la dimension interactionnelle est absente dans les études portant sur les technologies, Or, c'est pour elle un point crucial qu'il faut intégrer dans les études afin de montrer comment les gens interagissent avec les outils dans le travail. Rappelons que Orlikwoski avait réifié la technologie en la considérant comme une entité qui donne une forme matérielle au structurel (Orlikowski 1992). Cependant quatre ans après, l'auteur s'inspire des approches situées et distribuées qui adoptent une nouvelle vision de la technologie dans les organisations. Elle définit cette fois la technologie ainsi :

« La conceptualisation de la technologie que nous allons proposer est d'examiner la technologie ni comme une entité matérielle, ni comme une construction sociale mais plutôt comme un ensemble de contraintes et d'habiletés mise en œuvre dans l'action par l'appropriation de ses caractéristiques » (Groleau & Mayère 2007 P. 146).

Ainsi, nous voudrions éclairer ces termes qui sont également des concepts très important dans les problématiques qui concernent ce domaine. En effet, nous faisons une distinction entre la

notion de pratique et la notion d'activité. On assiste à un couple pratique/ activité dans le champ français et practice/ activity dans le champ anglo-saxon.

Selon Licoppe (2008) :

« La notion de « pratique », qui semblerait la traduction la plus naturelle en français de « practice » est assez lourdement conntée en France par les travaux marxistes et sociologie critique ».

Suite à une telle interprétation, en France la notion de pratique signifie l'activité.

Par ailleurs dans la littérature anglo-saxon, le terme pratique est définie ainsi

[« practice » vise les « distributions d'activités humaines incorporées et « médiées » (mediated) matériellement organisées surtout autour d'une compréhension pratique partagée »] (Schatzky et al. 2001).

Dans ce contexte, nous assimilons la notion de pratique comme un apprentissage qui se fait dans l'effort de faire fonctionner un système. Nous pensons également comme Engeström qui définit l'apprentissage comme une reconfiguration qui se fait sur ce qui n'est pas encore connu ou crée. Dans ce sens nous considérons le système d'information comme objet méconnu dans l'activité des acteurs que ces derniers tentent de comprendre par des méthodes d'apprentissages et d'interdépendance entre eux-mêmes et l'outil.

Le virage mené par Orlikwoski (2000) s'inscrit dans le prolongement de Giddens (1984), qui s'intéresse à la production et la reproduction du système social, conceptuellement avec les être humains, quotidiennement engagés dans un flot de multiples activités. Dans ce sens, nous croyons comme Orlikwoski que la technologie peut être définie également comme étant :

« Un construit social qui est à la fois le produit et le médium de l'action humaine. La technologie résulte certes du travail de ses concepteurs, mais elle est aussi appropriée par des individus qui déterminent l'usage » (Orlikwoski traduit par Groleau 2008).

Ainsi, nous percevons que ce virage d'Orlikwoski s'inscrit désormais dans la dynamique de la théorie de la structuration, qui est de saisir la construction sociale des organisations en tenant compte de leur dynamique historique, ainsi qu'en créant des ponts entre les niveaux micro et macro (Poole & Mc Phee 1983). Une telle tentative de réconcilier le micro et le macro pour comprendre les phénomènes liés à l'informatisation des organisations compte pour nous.

Dans ce sens, Giddens, père fondateur de la théorie de la structuration, pense qu'il existe une dialectique entre l'objectivisme et le subjectivisme. Il définit l'objectivisme de la manière suivante :

« Par objectivisme, je désigne cette manière de concevoir la théorie sociale selon laquelle l'objet social (la « société ») a en quelque sorte la priorité sur l'acteur individuel et dans lequel les institutions sociales sont considérées comme l'enjeu central de l'analyse sociologique » (Giddens, 1987).

Nous comprenons à travers ces propos que l'objectivisme selon Giddens détermine le comportement de l'individu. Ainsi l'accent est mis sur le macro-sociologique et non le micro. Dans ce sens l'organisation est vue comme étant une réalité objective. Un contenant dans lequel se déroulent les activités humaines.

Concernant le subjectivisme, il le définit ainsi :

« Quant au subjectivisme, il désigne le point de vue opposé : l'acteur humain y est considéré comme le foyer principal de l'analyse sociologique » (Giddens, 1987).

Nous retenons de ces propos que l'individu tend à émerger, il interprète lui-même les messages de la structure. Le message n'est plus univoque mais il peut avoir plusieurs sens. Dans ce sens Giddens présente la structure comme quelque chose qui :

« Représente un ensemble de contraintes pour l'action humaine : elle restreint la liberté d'action, mais elle ne fait pas partie intégrante des conduite humaine ».

De là nous comprenons que le comportement de l'individu peut ne pas totalement intégrer la structure. Il a sa propre vision des choses, une négociation du sens opère entre un message incompréhensif ou entre deux interlocuteurs.

Dans ce cas, Giddens propose de ne pas dissocier l'objectivisme et le subjectivisme mais plutôt de lier la structure de l'action humaine. C'est ce procédé qui a permis en effet l'élaboration de la théorie de la structuration :

« J'ai d'abord remplacé le concept de « structure », trop polysémique, par une distinction entre le « structurel », qui renvoie à un principe de base, et des « ensembles structurels », qui en sont des manifestations spatio-temporellement situées. A partir de là, j'ai développé l'idée de « dualité du structurel », selon laquelle les propriétés structurelles des sytsèmes sociaux sont à la fois des conditions et des résultats des activités accomplies par les agents qui font partie de ces systèmes » (Giddens, 1987).

Ainsi, tel que le soulignent (Groleau &Mayère, 2007), les propriétés structurelles dont parle Giddens, sont à la fois le médium et le résultat de l'action humaine. Dans ce contexte, elles définissent la théorie de la structuration à leur tour

« La structuration peut alors être définie comme le processus par lequel les propriétés structurelles sont produites et reproduites dans le temps et dans l'espace à travers la dualité du structurel » (Groleau &Mayère, 2007).

En effet, tel qu'elles le soulignent, la dualité du structurel est un concept important dans la théorie de la structuration. Pour Giddens, le structurel n'est pas externe à l'individu, mais plutôt interne. Il repose sur des pratiques sociales qui désignent le processus de structuration. Elles sont pour Giddens des points d'articulation entre les acteurs et les structures. Cette articulation entre acteurs et structures (systèmes sociaux, organisations, groupes, mouvements, sociaux, sociétés), se produit dans les interactions.

C'est dans sens que Giddens (1984) parle de « pratiques sociales pour désigner le processus de structuration. Les pratiques sociales sont pour Giddens des points d'articulation entre les acteurs et les structures ».

- **Définition d'acteur** : Giddens définit l'acteur comme étant : *« être acteur (agent) pour Giddens consiste, avant tout, à mettre en œuvre une « capacité à accomplir des choses », en particulier d'influencer les comportements d'autres acteurs, mais aussi transformer les circonstances, les contextes dans lesquels se déroulent les interactions. L'acteur le définit également par sa réflexivité : exerce un contrôle réflexif sur ses conduites »* (Giddens, 1990).

Selon Orlikwoski (2000), qui poursuit la démarche de Giddens, les interactions avec la technologie, sont le lieu où émergent les propriétés structurelles. Donc pour elle, la collaboration entre la structure et la technologie repose sur une interaction entre les gens. C'est dans les interactions que la technologie prend forme. Donc pour elle, il n'y a pas de déterminisme technologique mais l'humain va s'approprier de cette technologie, et en s'appropriant cette technologie il va la modeler. Orlikwoski met en garde contre les discours dominants qui entourent les technologies, tels que quand on implante une technologie on va forcément augmenter la productivité. En effet, pour elle, la productivité n'est pas dans la technologie mais elle est dans la façon dont on implante cette technologie. Ce faisant, elle met en place un concept central qui est la notion de « practice » (pratique) qui signifie en effet, la manière dont les gens utilisent la pratique. Cette notion va permettre de se dégager d'une

vision déterministe de la technologie, car l'utilisation que fait la pensée déterministe produira le résultat attendu. Pour elle il faut sortir de cette pensée déterministe, et aborder les usages. L'intérêt donc c'est de voir quels sont les nouveaux usages qui vont émerger dans la mise en place d'une technologie.

Toujours selon Orlikwoski, lorsqu'on met en place une technologie de l'information et de la communication, les individus l'utilisent de façon différente, car les pratiques quotidiennes sont différentes. Ce qui intéresse les gestionnaires, c'est le travail collaboratif qui pourrait être source de productivité et de compétitivité. Selon Orlikwoski, ceux-ci sont préoccupés par « l'artefact technologique » et ne sont pas intéressés par l'usage, c'est-à-dire « technologie-in practice » (en français la technologie en pratique).

Ainsi, en lien avec notre objet d'étude que sont les systèmes d'information, nous considérons qu'au-delà même de l'implantation des SI dans une pratique quelconque de travail, ce sont des personnes, des groupes et des populations dont il s'agit. La prise en compte de cette dimension sociale, montre à quel point les projets technologiques doivent impérativement être soumis à des débats en amont entre les personnes qui les utilisent. Ce système mobilise, entre les différents acteurs locaux, régionaux, nationaux, selon l'envergure des projets, et avant de procéder à leur implantation. Ils doivent échanger.

Ainsi, nous considérons que mobiliser cette théorie qui articule à la fois Technologie-Organisation –Communication, nous aide à mieux cerner notre objet, et à penser autrement les choix technologiques, en nous centrant sur l'humain en tant qu'expert dans son domaine.

Dans ce même esprit, sous un autre versant théorique qui est la « théorie de l'acteur réseau » (ANT) de (Callon et Latour), ces derniers nous montrent comment un phénomène pourrait être dépassé en mobilisant cette théorie.

3.4 Notion de réseau selon Callon et Latour (ANT)

Mais nous avons noté également les limites de la théorie de la structuration dans le cours de notre étude. Elle ne nous permet pas en effet d'appréhender la manière dont s'opère l'articulation entre la structure et l'individu. En effet, nous pensons (à l'instar d'autres auteurs en communication) que cette articulation ne peut s'opérer que si l'on parvient à montrer comment l'individu, influencé par la structure, contribue aussi à façonner celle-ci. C'est dans ce sillage de compréhension du phénomène organisationnel et technologique que nous avons

mobilisé la théorie de l'acteur-réseau de Callon/ Latour afin de mieux intégrer la dimension micro dans le macro, et de mieux faire ressortir cette notion d'articulation avec le concept d' « actant ». Il est donc fondamental pour notre propos le principe de symètrie Humain/ Non Humain, c'est-à-dire la capacité à rendre compte de la présence et des mouvements des non-humains au même titre que ceux des humains, comme l'appréhende Latour (2006) dans sa conception du réseau : « J'entends par là une chaîne d'actions où chaque participant est traité à tous égards comme un médiateur ».

En outre, la dynamique d'innovation qu'incarnent les technologies dans les organisations, justifie également notre mobilisation de la théorie de l'acteur-réseau, car nous pensons qu'elle nous fournit des outils de description extrêmment importants pour comprendre les processus d'innovations socio-techniques et les contrverses qui entourent souvent la technologie dans les organisations.

Ce qu'ils entendent par réseau, c'est : *« une « proto-notion » qui permet de décrire toute réalité comme un faisceau de relations entre des entités hétérogènes (actants c'est-à-dire Humains et Non-Humains) »* (Callon 1999).

En effet, le réseau est ici une « méta-organisation » rassemblant des humains et des non-humains, et une organisation. Le réseau n'est pas quelque chose de tangible mais plutôt un faisceau de relations. Nous pouvons l'illustrer par les propos suivant :

« J'entends par là une chaîne d'actions où chaque participant est traité à tous égard comme un médiateur » (Latour 2006).

Des termes qui ont été repris par Doolin à travers ces propos

« The materially heterogeneous organizational arrangements they generate include talk, text, people, machines, technologies, architectures, naturally occurring entities and processes » (Doolin 2003).

Nous mobilisons ici donc dans notre thèse la théorie de l'acteur réseau, afin d'explorer dans le cadre de notre étude le niveau micro mais aussi cette théorie va nous permettre de comprendre trois dimensions fondamentales qui touchent à notre objet de recherche : Réseaux-Organisation-Communication.

Nous allons utiliser les concepts : problématisation, intéressement, l'enrôlement mobilisation, bref le concept de traduction qui incarne ces quatre étapes (Latour, 1986) pour comprendre les problématiques de changement organisationnel induit par les technologies, en l'occurrence dans un hôpital.

En effet, Callon et Latour ancrent l'analyse de la notion de réseau et les processus d'innovation dans un cadre socio-technique. Ce cadre nous ouvre une perspective que les autres théories, notamment la théorie de la structuration, ne nous a pas dévoilé : ils ont une autre vision par exemple de la notion de réseau. Chez Callon et Latour, la notion il n'est pas entendu comme un réseau Internet, et n'a rien à voir avec la définition d'organisation en réseau, elle est donc différente du concept de réseau chez Castel et chez d'autres qui considèrent le réseau comme ce qui permet de transporter, de faire circuler ou d'échanger des informations comme le réseau téléphonique, le réseau câblé, le réseau mobile, les réseaux de télédiffusion satellitaire ou hertzien ou Internet et les organisations en réseau d'aujourd'hui.

Ainsi nous défendons comme ces auteurs (Callon & Latour et Doolin) que l'organisation se décrit et se performe dans les mécanismes discursifs que nous considérons comme des stratégies d'arrangement et coordination des actions. Dans ce sens nous considérons l'organisation comme des processus dynamiques soutenus par les interactions de leurs membres (Groleau 2008). Ainsi l'ANT aide également à dépasser la notion d'organisation, toute faite, en nous montrant comment un phénomène macrosociologique peut-être présent dans les micro-épisodes (Latour 2006).

C'est dans le sillage de la théorie de l'acteur-réseau, que nous avons également mobilisé la théorie de la « cognition distribuée » et la « théorie de l'activité », qui offrent également un espace de recherche très riche centré sur l'activité.

Pour notre étude, d'autres approches, notamment celle du changement organisationnel est principale. Parler de changement, c'est souligner les tensions et les contradictions qui en résultent. Dans notre située dans le domaine de la santé, en particulier l'hôpital, marqué par les phénomènes de rationalisation des pratiques de travail en d'autres termes la normalisation des pratiques médicales domine (Castell et Merle, 2002). Les tensions qui peuvent en résulter dans le domaine clinique, soit dans les pratiques des soignants (médecins et personnel infirmier), sont très nombreuses, et sont facteurs de changement.

Ainsi, nous considérons que de telles transformations entraîneront des contradictions qui peuvent être liées à ceci:

« La façon dont l'informatisation des dossiers de soins, au plus près des pratiques médicales, peut contribuer à l'émergence de tensions qui ne sont pas de simples expressions d'une supposée « résistance intrinsèque au changement », mais qui manifestent des contradictions liées à ce qui fonde l'activité des professionnels concernés » (Groleau & Mayère, 2009. p 13).

Nous comprenons à travers ces propos que l'individu n'est pas réticent à priori au changement, mais qu'il faut que ce dernier soit adapté à son environnement de vie. C'est dans ce contexte, que nous comptons mobiliser la théorie de l'activité (Vygotsky 1997). Elle nous aide à comprendre le changement car elle est orientée vers sa compréhension justement. En effet, la spécificité de cette approche réside dans ce qu'il considère les contradictions comme partie intégrante de l'activité, liées à l'évolution de celle-ci. Nous pouvons illustrer ceci à travers les propos suivants :

« Les théoriciens de l'activité stipulent que l'inconfort découlant de ces tensions incite les individus à chercher des solutions pour résoudre ce type de contradiction » (Groleau & Mayère, 2009. p 3). Elles poursuivent leur raisonnement en défendant l'idée la théorie de l'activité : *« identifie les contradictions comme dimension intrinsèque des situations de travail, et comme participant à leur dynamique d'évolution »* (Groleau & Mayère, 2009. p 2).

Cette approche articule à la fois trois concepts importants : Technologie, contradiction et communication (Groleau & Mayère, 2007. p 149) et dont la communication joue un rôle central dans la mesure où elle met en relief un concept central qui est la « médiation » entre trois niveaux : le collectif (macro), les actions intermédiaires (méso) et celui des actions opérationnelles (micro).

Dans ce contexte, nous considérons la perspective de la théorie de l'activité très complète pour décrire la dynamique qui anime les professionnels dans la transformation de leurs pratiques. Voilà les raisons pour lesquelles nous voulons mobiliser cette approche, afin de comprendre et d'analyser en profondeur notre terrain d'étude.

Ainsi, il s'agira de relier la théorie de l'activité avec la théorie du changement proposé par JR Taylor et Van Every. Parce que d'un point de vue scientifique, nous nous intéressons aux processus, c'est-à-dire à la façon avec laquelle on arrive à formuler et à implanter la stratégie, plutôt qu'au contenu stratégique lui-même. Nous avons choisi d'aborder notre problématique en nous référent au modèle Texte/ conversation de J.R. Taylor. Ce modèle comprend deux dimensions importantes soit la conversation et le texte. Ce dernier s'inscrit au niveau macro et repose sur un projet dominant. Il est décrit comme étant une forme orale (exemple les discours managérial, politique, économique…) ou écrite (exemple un plan de communication stratégique). C'est un produit d'un processus d'abstraction, qui vise une signification partagée entre les acteurs. Cette problématique de changement organisationnel est utilisée également sous une autre perspective par l'Ecole de Montréal. Cette dernière tente de mettre en application un modèle qui articule : Changement-Organisation-Communication. Dans ce sens

nous considérons des modalités fondamentales doivent entrer en jeu. Nous faisons allusion notamment à la conversation.

La conversation est définie comme une interaction qui permet aux acteurs de dialoguer sur les divers changements dans le but d'actualiser l'organisation au quotidien. Elle se décrit sur une forme orale (exemple la discussion) ou écrite (exemple les e-mails). Elle se caractérise par une réalité fragmentée et éphémère située dans un contexte. C'est un produit d'un processus de concrétisation. Le rôle de la conversation est de coordonner le travail dans l'interaction. Donc la conversation s'inscrit dans un niveau micro pour mieux comprendre le changement.

Voici donc les cinq théories que nous avons choisies modestement pour tenter de comprendre notre objet de recherche.

- **Très peu d'études scientifiques**

Le lien entre la pratique et les systèmes d'information dans les organisations n'a pas fait l'objet de nombreux travaux dans la littérature française. Ainsi nous avons pu identifier une étude menée par Licoppe (2008) qui explique sur le concept de pratique selon la perception française et anglo-saxon sur cette notion.

En 2000, Orlikowski établit la notion de pratique pour étudier deux aspects fondamentaux de la technologie qui sont principalement : la technologie en tant que artefact c'est-à-dire :

« The technology as artifact (the bundle of material and symbol properties packaged in some socially recognizable form, e.g., hardware, software, techniques) (p 408) *»*.

Elle considère que cet aspect qui relève d'une dimension technique occupe une place importante dans la mise en sur pied d'une technologie dans les pratiques de travail. Elle souligne que les gens ont été obnubilés par cet artefact technologique.

L'autre aspect de la technologie selon Orlikowski porte sur l'usage de la technologie. C'est ce qu'elle nomme « Technologies-in Practice ». Elle propose qu'on se concentre mieux sur cette dimension car selon elle : *« technology-in- pratice is a kind of structure »* (p 409). Pour elle c'est dans cette dimension que les gens peuvent remodeler la technologie en l'appropriant dans les pratiques de travail. Pour elle la technologie in practice prend en compte la conception de la technologie ce qui facilite la compréhension celle-ci. Mais aussi elle remodèle les normes (protocoles, plan stratégiques…). Pour l'usage doit être au centre de la conception de la technologie. Donc il faut situer d'abord l'outil dans les pratiques des acteurs autrement dit dans leur milieu naturel de vie.

- **Pertinence de suivre la formation d'usage dans le temps**

La mise sur pied d'un système d'information implique la formation des personnes qui utilisent le système. En effet, la formation devient dans les organisations le seul moyen pour les novices à comprendre et à mieux travailler avec l'outil. Pour ce faire, la formation devient l'une des préoccupations majeures des acteurs qui décident l'implantation. Ainsi, en amont, les utilisateurs suivent des formations afin de mieux cerner l'outil dans les pratiques de travail. Dans certaines organisations par exemple au niveau de la santé les utilisateurs peuvent devenir des relais auprès de leurs collègues qui ont des difficultés à comprendre le fonctionnement. Mais aussi les experts du système d'information peuvent suivre les utilisateurs dans le temps afin d'assurer la pertinence de l'outil dans leur milieu de travail.
Nous définissons les concepts importants de notre étude à savoir : système d'information, la notion de pratique et d'usage et les termes tels : organisation et acteur.
En outre nous mobilisons la théorie de la cognition distribuée. Cette approche ne prédomine pas dans notre étude mais nous avons voulu la mobiliser pour expliquer certains phénomènes liés aux technologies dans les organisations. Nous considérons que dans le domaine de la santé, la cognition distribuée peut-être définie de la manière suivante :
«*La cognition distribuée fait des fonctions et des capacités cognitives une propriété caractéristique de collectifs hétérogènes, faits de personnes et d'artefacts »* Hutchins (1995),
Il nous aidera sur notre objet d'étude, en lien avec l'activité quotidienne des soignants. Dans cette optique nous mobilisons la cognition distribuée au niveau micro, pour mieux éclairer le travail collectif des soignants en interaction avec les outils.

De plus, nous avons décidé de mobiliser cette approche du fait qu'elle nous permet également d'aborder notre étude au niveau macro. En effet, la cognition distribuée ne se limite pas au niveau des collectifs c'est-à-dire l'interaction entre les personnes et les artefacts, mais également c'est une approche qui appréhende la structuration de la technologie en relation avec les besoins des futurs utilisateurs. Nous pouvons justifier ceci par les propos suivants : *« Il est important de noter que la distribution ne constitue pas simplement une manière de décrire l'activité, mais que ce paradigme est rendu explicite et délibérément incorporé dans les artefacts par leurs concepteurs. Les concepteurs cherchent à guider et faciliter un bon usage des dispositifs en y incorporant des opportunités d'action aisément perceptibles et reconnaissables comme telles. Les objets bien conçus signalent de manière claire et évidente par la forme des repères qu'ils incorporent»* (Licoppe, 2008). Ainsi, nous mettons en lien ces propos avec ceux d'Orlikwoski qui se situe également au niveau de la structuration de la technologie c'est-à –dire le niveau macro et qui pense que :

« La technologie est construite par ses concepteurs mais aussi par ses usagers » (Groleau, 2000).

En effet, ces deux théories mettent en lumière sur la flexibilité de la technologie et de son utilisation facile qui repose sur le fait que l'usage de celle-ci est une notion fondamentale dans la conception de l'outil et que les concepteurs doivent se concentrer sur cette notion. Autrement des formes d'imbrication entre conception et exécution (Licoppe ,2008).

En nous fondant sur les travaux réalisés par chaque auteur, nous avons décidé de mobiliser ces trois théories (la théorie de structuration, la théorie de l'acteur réseau et la théorie de l'activité). Dans la théorie de la structuration, les auteurs ont montré que la technologie est une dimension sociale que la productivité de la technologie réside dans la technologie en pratique plutôt que dans l'artefact technologique.

Concernant la théorie de l'acteur réseau, elle considère que le réseau est une chaîne de relation et que le changement organisationnel repose sur un processus. Quant à la théorie de l'activité telle que nous venons de le souligner aide nous à comprendre les contradictions des discours dans l'activité.

Ainsi de leur côté, les résultats laissent entendre que les changements technologiques reposent sur des processus qui se heurtent souvent à des contradictions. Quant à nous, nous avons fait ressortir l'importance des processus compte tenu des résultats de tous les travaux de ces auteurs, nous croyons qu'il serait intéressant de déterminer les enjeux en termes de communication qui accompagnent le changement technologique.

4. Justication des hypothèses de recherche

Dans les lignes précédentes, nous avons étudié dans une perspective élargie et pluridisciplinaire la perception des SI dans les organisations et aussi des définitions sur le concept même de l'organisation. Nous avons vu que les auteurs ont différentes façons de voir les technologies de l'information dans les organisations. Ce qui explique la complexité pour le chercheur lorsqu'il analyse ces phénomènes.

Ainsi c'est dans ce sens que nous dégageons des hypothèses qui reposent sur une logique de communication. **Ainsi nous posons ici comme hypothèse introductive que la pertinence et la validité d'un système d'information repose sur des critères d'échange, de**

conversation, de dialogue et de négociation, qui permettent un choix technologique réfléchi et adapté aux pratiques.

4.1 L'informatisation de la santé serait-elle un risque pour l'organisation ?

Orlikwoski (1996) propose *« d'examiner la technologie ni comme une entité matérielle, ni comme une construction sociale mais plutôt comme une série de contraintes et d'habiletés réalisées dans l'action »* (Orlikwoski cité par Groleau 2000, p 4/5). Cette définition de la technologie nous éclaire sur les difficultés que posent systèmes d'information dans les pratiques de travail. En effet, l'adoption d'un système interopérable dans l'information clinique, a été vue comme une priorité dans le but d'améliorer la sécurité des patients, l'accessibilité et l'efficacité des soins.

C'est dans cet esprit que plusieurs pays développés tels le Royaume -Uni, les États-Unis et le Canada par exemple ont préconisé le « Health information exchange » (HIE). Des projets permettront d'octroyer aux médecins des moyens censés favoriser un le travail à distance. Orlikwoski (1996) et d'autres (Sicotte, Paré 2010) tentent comprendre cette réalité d'une technologie:

"How do the pieces of the HIE implementation project puzzle interact and fit together to explain the development of project outcomes (success or failure) over times?" Dans cette étude, les auteurs présentent le HIE comme *"The integration and electronic transfer of clinical information across organizations"*. C'est un système d'information qui s'est vu développé dans les pays développés. Ainsi, au Canada plus particulièrement dans la province du Québec, les auteurs s'appuient sur deux études de cas.

Ainsi dans cette étude, ils ont éclairé par avance que le HIE peut être une source de difficultés et de problèmes « puzzle » que les acteurs, ensemble, vont devoir surmonter. Ils veulent montrer que la nature et la dynamique de l'implantation d'un système d'information doivent reposer avant tout sur une appréhension des difficultés. Progressivement les professionnels, dans un travail collectif doivent trouver des solutions pour aboutir à leur objectif. Ainsi donc, il est important de considérer que toute technologie qui implique un changement dans les pratiques de travail est à la base complexe, et nécessite une prise de conscience collective de la complexité.

De ce fait, pour ces auteurs, il semble nécessaire d'appréhender l'outil à partir du risque cadre théorique à partir duquel ils nous ont ressorti cinq dimensions susceptibles d'entraver une bonne implantation technologique.

La première dimension, est notamment liée au risque technologique définie comme étant lié à des complexités techniques « hardware and software ». Le deuxième serait le risque humain qui se traduit par les situations de résistance des professionnels face à l'outil technique.
Le troisième risque repose sur les critères d'utilisabilité du système, c'est-à-dire en lien avec la perception et l'usage que les professionnels font de l'outil. Le risque managérial est le quatrième risque, et est considéré comme un enjeu majeur dans les travaux collaboratifs. Cette dimension s'articule sur toute une perspective d'analyse élargie liant l'humain et la technique. Le cinquième et le dernier que nous révèlent les auteurs est le risque politique, considéré ici comme un risque lié à la notion de pouvoir qui se manifeste dans les situations d'implantation d'un système d'information. Les relations de pouvoir et d'autorité marquent toujours les organisations. Ainsi dans les situations de travail interorganisationnel les relations de pouvoir pourraient s'intensifier, favorisant ainsi des tensions entre les différents professionnels.
Ainsi donc, ces cinq dimensions qui sont étroitement liées peuvent expliquer l'origine de la vulnérabilité de l'implantation d'un système d'information dans les situations de travail collectif entre différentes organisations qui constituent le système. Pour ce faire, les auteurs montrent que la dimension technique ne doit pas être vue comme centrale dans une telle implantation technologique. Ils considèrent que conjointement, les autres dimensions notamment sociales ont un rôle très fort à jouer. D'où le concept de « sociotechnique », une approche qui prend en compte toutes les dimensions pour appréhender les stratégies de mise en place d'un système d'information.
En effet, la conception des approches fonctionnalistes repose sur une logique technico-économique, une vision technocentrée visant « un impératif productif » (Grojean& Bonneville 2007). Cette vision se centre sur une dimension technologique mise en avant pour atteindre les objectifs spécifiques visés dans l'implantation des TIC dans la santé. Selon cette approche, cette dimension est fondamentale pour accroître la productivité, la réduction des dépenses, la rapidité dans le travail : Les TIC seraient à l'origine d'un renouveau taylorien (contrôle, surveillance, augmentation de la cadence de travail à des fins de productivité, etc.) (Grosjean et Bonneville, 2007). Les TIC occupent aussi une place centrale dans les organisations reléguant ainsi les autres dimensions humaines et sociales, au second plan, les négligeant dans la mise en place des projets technologiques.
Nous remarquons bien que les préoccupations de Sicotte ainsi que le modèle de Delane&Mclean, sont de trouver les conditions d'acceptabilité d'une technologie de l'information et de la communication dans une telle organisation et plus particulièrement dans les organisations sanitaires. Il ne s'agit pas d'implanter des technologies pour améliorer

l'organisation mais il est important de voir comment les gens utilisent l'outil, pourquoi ils l'utilisent.

De plus en plus des organisations de soins adoptent des technologies d'information pour les intégrer dans les pratiques cliniques et administratives. Car il semble que le système papier était souvent confronté à des problèmes de sécurité des soins. Cependant tel qu'ils le soulignent:

"We are still far from being able to fully replace the paper-based record, and care teams still need to use these two types of information system concurrently. This is an important and constant analytical dimension that must be kept in mind" (p.93)

Nous comprenons bien comme nous l'avons relaté plus haut que ces deux systèmes se complètent. Cependant, nous nous intéressons plus à cette complémentarité des systèmes. Comment les utilisateurs en l'occurrence les soignants peuvent-il articuler à la fois ces deux systèmes ? Ce que nous considérons important dans la gestion des soins, de la qualité de l'information et de la sécurité du patient : Comment cette dualité si nous reprenons les termes de Sicotte et autres pourrait avoir un succès au sein des pratiques quotidiennes des acteurs de santé ?

Dans ce contexte, nous considérons dans l'articulation des deux systèmes (système papier et électronique), les théories de Sicotte et le modèle de Delane et Mclean, ignorent la problématique de la coordination. Nous défendons l'idée que dans l'articulation entre ces deux systèmes, la coordination est un enjeu fondamental dans la réaliser d'un travail optimal. Ainsi donc, nous croyons qu'il est important de voir comment se coordonnent les actions entre deux supports différents pour assurer la sécurité et la traçabilité des soins.

En effet, si nous considérons que les systèmes d'information ont été implantés dans le but de favoriser la collaboration entre les différents services de soins, il nécessite de trouver des stratégies de coordination et de coopération. Ainsi donc, Comment trouver d'autres stratégies qui pourraient articuler les deux systèmes dans un dynamisme collectif ? Quelles seront les stratégies pour obtenir facilement l'information clinique entre les médecins,

Dans les recherches de ces auteurs (Sicotte Paré, Moreault, Lemay Valiquette, Barkun 2009a p. 94), ils nous ont révélé à partir de l'étude qu'ils ont menée que la perception des résultats de satisfaction entre le système papier et système électronique était plus satisfaisant avec le système papier. En effet, ce dernier qui tend vers la qualité de soins était plus capable d'intégrer plusieurs fonctions qui sont indispensables au travail médical. Pour eux, Ces fonctions sont notamment : *"quality of physicians nurses-patient interactions, quality of*

patient care, coordination of care, continuity of care, communication between physicians and nurses, coordination of care (unit-ancillary services), efficiency in the realization of clerical and administrative tasks" (p. 94).

Ces enjeux montrent en effet combien ce système papier est important pour les professionnels pour obtenir des résultats dans leurs pratiques quotidiennes. Ils nous ont révélé également que le système électronique prétend assurer la sécurité du patient « patient safety », est en effet à l'origine de plusieurs difficultés et erreurs tels qu'ils le soulignent dans ces mots :

« (Lost orders, incomplete orders, transcription errors, repeated exams, information duplication in the patient chart) » (p. 94) , *« Paper medical files, which included all the information concerning each patient, were still used the most »* (p. 95) .

En effet, ces observations pourraient entraîner une remise en question de l'utilité de ce système électronique dans la gestion des soins dans le milieu hospitalier, mais aussi ces constats vont tout à fait à l'encontre des logiques d'implantation des systèmes d'information dans le domaine de la santé.

C'est dans ce sens que nous considérons que ces auteurs devraient se focaliser sur une question centrale : pourquoi le changement organisationnel dans les pratiques cliniques est électronique étant donné que les soignants se sentent plus à l'aise avec le système papier qu'avec le système électronique ? En effet, s'il est vrai que la notion d'acceptabilité devient un critère dans l'implantation d'un système d'information, il devient essentiel de réfléchir aux les raisons sur lesquelles le changement doit reposer. En effet, dans la mesure où les utilisateurs se sentent mieux dans leurs milieux naturels de travail, il convient de voir le pourquoi et le comment de ce changement organisationnel. Car nous considérons que négliger ces questions, pourraient entraîner des tensions fortes entre les membres d'une même organisation et d'un même service et au-delà entre les organisations sanitaires susceptibles de travailler en réseaux.

Si nous prenons l'exemple de ces auteurs, dont l'étude a été basée sur le modèle de Delone & Mclean, en partant d'une méthodologie quantitative, nous constatons que l'outil électronique peut avoir des avis mitigés au sein d'une même organisation plus particulièrement au niveau des personnes même effectuant les mêmes tâches. En effet, leurs études montrent qu'après sondages, 69% des médecins ont trouvé l'utilisation de système informatique significative tandis que 31% des infirmières n'étaient pas favorable à ce système (p. 96).

En effet, s'il est vrai que la principale préoccupation de ces auteurs est de mettre l'accent sur l'acceptabilité de l'outil, il serait aussi essentiel d'aborder ce qui serait à l'origine d'une résistance des utilisateurs qui doivent partager les mêmes outils de travail. Autrement

pourquoi dans le domaine de la clinique l'intégration d'un système d'information ne fait pas l'unanimité entre les acteurs ?

Ces auteurs ont tenté d'expliquer qu'en matière de qualité d'information, de fiabilité et de temps de réponse, le système électronique était mieux que celui du système papier. Cependant ce dernier a été beaucoup plus apprécié car il offre un usage beaucoup plus facile. Les utilisateurs sont satisfaits d'enregistrer les données par le biais électronique qu'ils considèrent beaucoup plus utiles en matière de gestion des données clinique (Sicotte et al 2009, p.98).

Cependant, ils ont voulu montrer dans leurs sondages que, l'acceptation par les utilisateurs d'un système d'information clinique est multidimensionnelle. Plusieurs facteurs peuvent influencer les utilisateurs pour utiliser le système. Ainsi, selon leur étude basée sur un sondage, la qualité du système devient centrale pour parvenir aux résultats attendus.

Ils nous ont montré aussi que dans l'implantation d'un nouveau système d'information, tenir en compte de l'ancien système déjà existant, devient fondamental :

« A second meaningul result concerns the signicant differences in opinion observed among users regarding both paper-based and electronic records. This underscores the need to see any project to implement an electronic clinical information system is also an important part of the implementation plan » (idem, p. 98).

Ceci nous montre que tenir en compte conjointement des deux systèmes est central. Car cette dimension est au cœur même de la prise de décision des acteurs.

En outre, l'inégalité de « l'utilité perçue » entre les acteurs (médecins, infirmières) que nous avons mentionnée plus haut, montre les différents types d'usage que préconise l'outil, la façon dont les gens s'approprient l'outil selon le type d'activité.

Ainsi donc, nous constatons que tous les éléments doivent être pris en compte dans les projets d'implémentation d'un système d'information pour obtenir un système de qualité.

Ce phénomène nécessite d'être accompagné pour vers un projet technologique cohérent. Étant donné que les priorités dans l'utilisation d'un système électronique ne sont pas identiques, nous pensons qu'il est nécessaire de faire un diagnostic préalable de chaque besoin,qui pourrait éviter les tensions et les résistances

Par conséquent, d'autres éléments proactifs deviennent nécessaires dans la stratégie d'implantation des technologies visant à contourner divers risques socio-anthropologiques à l'intérieur des organisations saisies par les TIC. Plusieurs auteurs (Sicotte Paré, Moreault, Lemay Valiquette, Barkun 2009 a), ont mis en évidence les difficultés et obstacles qui pourraient empêcher le bon fonctionnement d'un système d'information. Cependant, bien qu'ils nous aient révélé qu'il avait nécessité de faire recours à des stratégies, ils n'ont pas

identifié les différentes stratégies à mettre en place. Ils ont juste abordé les problèmes de façon globale sans apporter de préconisation.

Ainsi, dans cette étude nous constatons que les problèmes de prise en compte de système papier déjà existant, de l'articulation entre le système papier et le système électronique, de prise en compte de différents types d'activité (médecins, patient…), soulèvent des questions d'ordre technique. Nous considérons que ces problèmes révèlent une dimension humaine, sociale, organisationnelle et artefactuelle qu'il faut prendre en compte au plan de la recherche.

En résumé nous considérons que c'est la dimension interactionniste qui devient centrale à analyser pour comprendre ce phénomène et par conséquent il devient d'identifier les situations interactions entre les acteurs et les situations de communication.

Toujours dans ce même ordre d'idées qui explique les conditions du succès d'une implantation technologique à l'hôpital et plus particulièrement dans le domaine clinique, nous ajoutons l'étude menée en juillet 2009 par les auteurs : (Sicotte, Paré, Bini, Moreault et Laverdure 2009 b). Une étude qui portait sur : « le Picture Archiving and communication system (PACS) ». Un système d'information concerne cinq institutions. Ces dernières coopèrent en huit sites différents. Les auteurs montrent comment cet outil qui était géré aussi bien en intra-hôpital (les utilisateurs internes) que dans l'inter-hôpital (les utilisateurs à distance), pourrait être source de productivité dans l'organisation. Pour eux, cet exemple d'organisation virtuelle même si elle présente quelques difficultés en situation d'inter-hôpital, incarne néanmoins une certaine fiabilité qui fait que les usagers ont une bonne perception de l'outil. Dans ce contexte, ces auteurs, qui ont mené des études sur les technologies de l'information et de la communication en organisation, montrent comment les technologies peuvent transformer le travail organisationnel. Ainsi en prenant l'exemple du PACS, une augmentation de la productivité a été observée dans les services plus spécifiques comme l'exemple du service de radiologie. Cette amélioration est vue comme un processus de travail prenant en compte la qualité des données, le rapport de diagnostic, le temps d'attente et la diminution les durées de séjour. Ces évolutions ont fait que les résultats ont été positifs économiquement. Ce qui explique que de nombreuses organisations de santé (au Québec) ont essayé d'utiliser ce système pour obtenir les mêmes résultats.

Ainsi le PACS s'est fait un modèle d'outil inter-hospitalier qui a pour but d'assurer l'interopérabilité entre les différents hôpitaux et services.

Dans ce contexte le patient n'est pas obligé de se déplacer d'un service l'autre pour faire des consultations, le spécialiste peut visualiser les données à distance. Les auteurs parlent de « dématérialisation du patient ». Ils ont voulu montrer à travers cette dématérialisation

comment une organisation virtuelle est capable de travail dans le temps et dans l'espace. Cette opportunité qui offre une transversalité des soins permet de définir le rôle du médecin ainsi que celui du patient. Ainsi donc, plus l'idée de transversalité se présente, plus nous assistons à une transformation et une réorganisation des pratiques de travail.

Ceci nous révèle sans doute une complexité dans l'organisation du travail. Une complexité que les auteurs ont évoquée dans cette étude en nous suggérant des enjeux qu'il faut prendre en compte, pour faire face à des situations. L'enjeu principal qu'ils ont souligné est la question technique:

"Yet this virtual model of medical organization is more complex and presents new and major challenges that may represent hurdles to the expected benefits. First, establishing a virtual organization is technically challenging, since it requires a telecommunications network that can continuously operate reliably and well across multiple and distance sites" (Sicotte, Paré, Bini, Moreault et Laverdure 2009 b).

Nous remarquons bien que pour ces auteurs pour qu'une organisation soit à la virtuelle et fiable, il faut prendre en compte la dimension technique que les technologies offrent dans l'organisation. Pour notre part, plusieurs questions se posent : qu'est qu'une organisation virtuelle dans le domaine médicale ? Qu'est qu'une organisation fiable dans le domaine de la santé ? Est-ce une organisation fiable émerge forcément dans les dimensions techniques ?

Ainsi dans leurs recherches, ils ont essayé de montrer que les résultats et la perception des utilisateurs par le PACS, varient en fonction de l'intra-hôpital et de l'inter-hôpital. Le PACS est beaucoup plus apprécié au niveau intra-hôpital du fait de la facilité de l'accès, de l'utilité dans le travail, ce qui explique une fréquence et une intensité de l'utilisation de l'outil. Au niveau de l'inter-hôpital, l'utilité est beaucoup plus forte au niveau de la disponibilité et de l'intégration de l'information. Cependant ils nous révèlent également que même dans le cas de l'intra-hôpital entre les trois groupes (radiologistes, médecins spécialistes, les techniciens d'imagerie médicale) qui sont les principaux utilisateurs de l'outil, le pourcentage ne sont pas élevé surtout au niveau des techniciens de l'imagerie médicale du fait ces derniers, sont toujours fidèles aux pratiques de travail traditionnelles :

« The low percentage of technologists can be explained by the fact that the organization of their work continues to be traditional, the meaning that they mainly work in activities that take place in their own hospital » (Sicotte, Paré, Bini, Moreault et Laverdure 2009 b).

Dans ce contexte nous pouvons considérer que la performance du PACS est plus perçue au niveau interne qu'externe. Cependant, la question est de voir comment cette performance

pourrait s'appliquer en externe, dans la logique même de l'implantation du PACS qui est de générer et de faciliter un travail collectif entre les différentes organisations ?
Nous considérons que, l'adoption d'un système d'information quand il s'agit de le gérer dans sa globalité dans des situations interorganisationnelles, est plus difficile même si au niveau de l'organisation les difficultés peuvent se manifester. Les problèmes de coordination en situation interorganisationelle sont plus complexes, du fait que peut être les personnels sont toujours attachés dans leur à leur contexte de travail et à leur identité organisationnelle.

Dans les situations de travail interorganisationnelle, il y'a donc de s'identifier réciproquement aux réalités qui se passent dans l'autre organisation. Ce qui fait que parfois les tâches ne sont pas faciles. En effet, dans cette situation de réciprocité, les auteurs nous ont montré que les acteurs ont envie de travailler dans l'avenir dans une organisation virtuelle malgré quelques problèmes. Ceci montre effectivement que les acteurs ne sont pas en résistance avec l'outil malgré les obstacles et ils considèrent progressivement qu'ils pourraient se familiariser avec l'outil qui conduirait vers une satisfaction globale.
L'analyse du PACS dans le modèle de Delone and Mclean, a permis de comprendre les facteurs qui permettent que les utilisateurs utilisent un système d'information.
Dans cette étude, les facteurs toujours pris en considération sont notamment la qualité du système, la satisfaction des usagers et l'espoir que les utilisateurs ont concernant l'outil dans le future. Ces éléments sont pris en compte par les gestionnaires en management des systèmes d'information. Cependant, ce modèle même si il est important, demeure néanmoins relativement silencieux sur les relations plus intimes et naturelles des pratiques effectives des professionnels.
Ainsi, nous interrogerons de façon critique ces études (Sicotte et Delone and Mclean) très fonctionnalistes sur la compréhension de systèmes d'information dans les pratiques de travail des professionnels de santé. Nous considérons leur modèle comme positiviste, et qui empêcherait de prendre en compte certaines dimensions fondamentales dans les situations de travail collectif des organisationnelle en réseau.
En effet, dans ces organisations, le travail collectif et la collaboration sont des éléments centraux, et nous considérons les problèmes de collaboration ont été négligés. Or, les utilisateurs accordent une grande importance à la coordination dans le travail et nous considérons qu'elle est bien un enjeu fondamental pour une réussite du système.

Avec les SI dans la santé, nous avons constaté au sein des personnels de santé qu'ils nous parlent de plus en plus de l'effritement des contacts humains. Dans nos enquêtes préliminaires, les infirmières nous ont dit que le problème majeur qui caractérise par exemple l'outil Actipidos, c'est la distance que l'outil crée entre les soignants et les soignés. Elles considèrent que l'outil ne pourra jamais remplacer le côté humain et relationnel avec le patient. Or, dans un rythme de travail très exigeant qui vise à accroître leur productivité et la rentabilité, le soignant n'aura jamais assez de temps pour le patient.

Ainsi, nous vérifierons notre hypothèse sur deux axes principaux : l'un sur les stratégies communicationnelles qui incluent toutes démarches participatives de consultation préalable et l'autre sur l'évaluation sociale des technologies. Cependant, il ne s'agit pas ici de se limiter à des stratégies de communication telles que la planification, la formation, rhétoriques, de cadrages mais, nous cherchons plutôt à mettre en lumière l'importance de la participation et de la consultation préalable à la phase de déploiement de la technologie, donc à montrer l'importance d'une approche communicationnelle de la question technologique.
Il s'agira de considérer que les démarches participatives de conception de systèmes l'information dans le secteur de la santé repose sur des modalités communicationnelles qui sont notamment : la conversation, le dialogue, la négociation. Elles consistent à faire participer différents partenaires, en particulier les utilisateurs des systèmes d'information, aux différentes étapes d'un projet d'informatisation. La participation et la consultation faites au moment de la conception du projet s'avère fondamental puis qu'elle permet d'alimenter l'ensemble des réflexions dans le sens même que doit prendre le changement. Elles tendent également vers une logique de délibération qui permet de confronter l'ensemble des points de vue sur le projet et essayent d'aboutir à des points de vue communs, du moins acceptables par une majorité.

Nous nous s'interrogerons sur l'évaluation sociale des technologies et ces limites sur la pertinence et la validité d'un projet technique dans le domaine de la santé. En effet, nous défendons l'hypothèse que la prise en compte du social dans l'implantation d'un système d'information faciliterait le changement technologique et l'appropriation de cette dernière. Cette dimension sociale qui pour nous compte reposer sur des critères d'interaction, de conversation, de dialogue et de négociation.

Ainsi nous irons au-delà des discours, rhétoriques, de recadrages, qui caractérisent les stratégies de communication du changement organisationnel, portant sur les projets technologiques. Car nous considérons que ces stratégies de communication qui ont longtemps marqué le du changement organisationnel doivent être analysées en profondeur. Nous croyons qu'il ne s'agit plus de procéder par :

« La communication du changement que l'on veut faire » (Groux 2010) qui considère le changement comme un projet à réaliser et qui vise l'adhésion de tous les acteurs concernés. En effet, nous considérons que la possibilité de faire partager une vision commune du changement pour en assurer le succès, ne passe plus par des plans de communication efficaces et par des formations, mais nous envisageons un autre regard sur ces stratégies qui, aujourd'hui sont aussi fondées plus la participation, la conversation, le dialogue, la négociation, la critique, le consensus.

Il s'agit alors, de « changer en communiquant » (Giroux, 2010) qui considère le changement comme un phénomène entrain de se faire. Une telle approche affirme que :

« L'organisation est constamment en construction et en déconstruction, que ses règles de fonctionnement son « inventées » par les individus dans leurs interactions. Selon elle, tous les acteurs peuvent contribuer à ce processus de construction de la réalité organisationnelle » (Giroux, 2010 p. 208).

Dans ce contexte, nous défendons la thèse qu'un projet technologique est quelque chose qui est en train de ce faire et pas tout à fait ayant déjà des méthodes préétablies. Ainsi le projet technologique repose sur des débats, génère des idées et diffuse les innovations. Ces dernières sont souvent considérées comme l'un des critères très influents dans tout projet.

Dans le domaine de la santé il faut que l'innovation aille de pair avec l'utilité perçue par les utilisateurs, pour que l'outil soit accepté par tous. Cette attitude est perçue par certains (les fonctionnalistes) comme une sorte de résistance chez les acteurs à accepter le changement organisationnel et D'autres (socio constructionnistes) voient le changement organisationnel comme intrinsèque aux activités de communication.

C'est dans cette perspective socioconstructionniste que nous défendons l'hypothèse selon laquelle, ce qui fait un projet innovant ne réside pas forcément sur la technologie mais plutôt sur la manière dont les acteurs confrontent, co-constructivent, négocient une idée afin de la transformer comme une pratique innovante dans le travail. Autrement dit, l'innovation dans les pratiques de travail découle directement des activités de communication.

In fine, nous considérons que tout projet est d'abord une idée qui doit être transformée et modelée entre les différents acteurs concernés.

Dans les théories que nous avons mobilisées, les auteurs suggèrent que l'acteur possède une capacité à maîtriser les actions dans les interactions et à prendre du recul par rapport aux idées sur certaines pratiques auxquelles qu'il doit faire face.

Dans ce même ordre d'idées, Callon et Latour ne se limitent pas à la conception d'acteur en tant qu'être humain. Ils mettent en place le concept d' « Actants » qui désigne humain/ non humain, autrement dit l'agent/ la machine. Un principe de symétrie qui rend compte de la présence et des mouvements des non humains au même titre que ceux des humains. Pour eux, c'est un principe fondamental à considérer si l'on veut intéresser les gens dans les projets des technologies. Dans ce contexte, la notion d'usage et d'expertise telle que nous les avons soulignés plus haut, deviennent des notions de coopération, de Co-construction de sens, tel que nous le proposent Crozier et Friedberg :

« L'organisation non pas comme un phénomène naturel, mais comme un « construit social » qui doit être pensé de l'intérieur en tant que champ de coopération et d'interdépendance entre des acteurs ayant des intérêts, même contradictoires, c'est-à-dire un ensemble de « jeux de structures » (Crozier et Friedberg, 1977, p.20).

Ici, la notion d'expertise ne résume ni à une notion de pouvoir, de domination, ni à une notion de hiérarchie, mais plutôt à un savoir-faire partagé au sein de l'organisation. Par conséquent, l'organisation est considérée dans ce cas-ci comme un ensemble de systèmes d'interactions dans lequel la communication est vue aussi comme un système ouvert les interactions prennent en compte les deux modes de communication, sont le mode digital et le mode analogique, mais aussi la communication verbale et la communication non- verbale (gestes, corps, paralinguistique…), susceptibles de se produire dans une relation entre deux ou un groupe d'individus.

Au-delà d'être un système ouvert, l'organisation est aussi un système de communication. Ici, la communication dans l'organisation, consiste :

« à expliquer et à décrire, sous forme de schémas d'interactions, les communications internes d'une organisation dans le but de faire ressortir les dynamiques interactionnelles sous-jacentes à des conflits, blocages, et autres dysfonctionnements organisationnels » (De La Broise &Grosjean p 76, 2010).

4.2 L'approche socio-technique serait-elle l'enjeu central ?

L approche socio-technique qui prend ainsi en compte et articule toutes les dimensions bien comprendre les stratégies de mise en place d'un système d'information et ne néglige pas la dimension humaine. La dimension technique est articulée à la dimension humaine dans l'utilisation des systèmes d'information. Elle met l'usage au cœur de sa problématique des systèmes d'information.

Après une étude exploratoire de la littérature de l'Amérique du Nord et Francophone portant sur une période bien précise c'est-à-dire depuis 2000, nous avons aussi étudié plusieurs faits qui ont guidé notre recherche. En effet, notre étude exploratoire nous a révélé que beaucoup de travaux abordent les systèmes d'information dans une logique économique, de gestion, managériale, politique.

Ce qui nous amène à parler de l'objectif de notre recherche. C'est-à-dire comment notre objet de recherche qui est les systèmes d'information dans le milieu de la santé a été abordé dans les travaux précédents.

Notre étude exploratoire s'appuie entre autres sur une revue très spécifique portant sur les systèmes d'information. Il s'agit notamment d'une revue qui s'intitule : *Systèmes d'Information et Management*. Notre étude de cet ouvrage portant sur les numéros qui ont été édités à partir de 2000, a été l'élément déclencheur de notre travail de recherche. En effet, nous avons constaté une absence quasi-totale de la communication dans la mise en place des projets liés aux systèmes d'information dans la santé. Les enjeux communicationnels ont été très négligés surtout dans le domaine clinique. Ce qui nous ne semble pas normal car rappelons le, les processus cliniques dans l'informatisation sont centraux.

En effet, les organisations de santé d'aujourd'hui ne se démarquent pas des nouvelles formes d'organisations dont nous avons parlé qui ont vu le jour grâce aux nouvelles technologies. Dans cette perspective, nous avons souligné plus haut plusieurs enjeux liés à ce phénomène notamment la coordination des activités. Ce besoin de coordination s'avère crucial dans un secteur qui vise à articuler deux processus : les processus cliniques et les processus administratifs.

Dans ce contexte, nous considérons et ce sera central dans la thèse qu'il devient impératif d'introduire une réflexion sur les enjeux en termes de communication que soulèvent les systèmes d'information au quotidien dans le secteur de la santé, afin de mieux gérer et comprendre la coordination.

L'introduction des TIC dans les organisations a soulevé le développement du travail en réseau, du travail à distance, des équipes virtuelles, l'entreprise intelligente ou l'organisation apprenante, le Management 2.0 (exemple Wikio, l'entreprise sans murs, télétravail, management à distance). Dans le domaine de la santé, nous assistons de plus en plus à des nouvelles techniques de travail. Face à ce phénomène, les organisations vont pouvoir faire des liens entre des partenaires, pour le développement des services qui sont parfois externalisés. Ce phénomène de développement des nouvelles formes d'organisations pose de nombreuses questions en termes de communication : comment les individus coordonnent-ils leurs actions? Quelles sont les pratiques de ces nouvelles formes d'alliances? Quels sont les textes, chartes et autre écrits qui médiatisent les interactions, les rapports sociaux? Dans cette perspective, les nouvelles formes d'organisation créent de nouveaux défis Ces nouvelles formes d'organisation doivent être interrogées. Il s'agit notamment, de penser la question de l'éthique, la question de l'insécurité, la question de la stratégie c'est-à-dire la mise en pratique de la stratégie, autrement dit de voir comment à partir des acteurs du bas peut se développer une stratégie commune. La question de l'innovation, la question de l'incertitude, la question du changement(le rythme s'est accéléré au niveau du changement), la question de la transmission des savoirs, la question de la diversité des genres (homme/femme), la question de l'interdisciplinarité (exemple les médecins qui deviennent des gestionnaires pour mieux gérer les risques) peuvent être posées, ce qui consiste selon nous à adopter, donc, un regard socio-technique sur l'organisation.

Le chercheur se doit de comprendre les nouveaux phénomènes en œuvre, de rassembler toutes les connaissances éparses sur ces phénomènes de communication et doit produire un corps théorique et conceptuel destiné à les analyser.

Dans les processus d'informatisation de la santé, nous défendons qu'ignorer la place des patients et des professionnels de santé en général peut conduire à l'échec du projet. Ainsi, nous considérons que dans une logique pour mieux gérer les soins, il est nécessaire d'associer les professionnels de santé qui connaissent les pratiques effectives. Cette façon d'appréhender les choses permet de mieux saisir la spécificité de l'informatisation des organisations de santé.

Concrètement notre analyse portera sur l'informatisation du dossier médical qui s'inscrit dans une volonté de fluidifier la circulation de l'information médicale entre les acteurs de santé.

En France, la mise en place d'un Dossier Médical Personnalisé était un véritable problème dû à la réticence des patients et des professionnels de santé. En effet, le projet initial dirigé par

Phillippe Douste Blazy en 2004 s'était avéré intenable en raison des nombreuses résistances rencontrées. Aujourd'hui le chantier est reparti et voit une première application depuis janvier 2011 (confère au journal de France2 du 13heures du 14 décembre 2010). Selon les informations du journal de France2, les premières versions du Dossier Médical Personnalisé seront disponibles pour les patients volontaires. Ce qui fait que le dispositif ne sera pas généralisé avant 2020. Actuellement seulement quatre villes appliquent ce procédé. De là nous nous posons la question de savoir pourquoi ce changement organisationnel et technologique connaît autant de disparités et de difficultés dans sa mise en place ?
Ces informations et précisions nous montrent à quel point l'informatisation dans le milieu hospitalier est complexe, et concerne toutes les catégories de personnes, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation En effet, les organisations de santé d'aujourd'hui impliquent de nouvelles techniques de travail. Un besoin de coordination s'avère crucial dans un secteur qui vise à articuler deux processus : les processus cliniques et les processus administratifs. Les enjeux en termes de communication ont à voir avec le lien les systèmes d'information au quotidien dans le secteur de la santé, et la gestion de la coordination.

Ainsi, pour appréhender l'interaction entre les professionnels de santé, nous explorons la pensée de Simmel qui considère que toute interaction ou toute rencontre sociale prend forme à travers un « acte de configuration ». Simmel pose la notion de détermination réciproque afin de montrer combien il est important de tenir compte des relations sociales pour comprendre un « monde ».
Pour lui les formes sont des processus qui sont entrain de se faire. En effet, la forme synthétise les éléments d'une interaction, mais c'est à travers les interactions qu'elles vont être reconfigurées. Ainsi la notion de forme est définie ainsi :

*« Elle est ce qui lie, ce qui synthétise les éléments d'une interaction, non pas comme un ajout externe, amis comme un principe interne : la forme est impliquée dans leur autodétermination réciproques » (*Louis Quéré 1988 p 81).
Dans ce contexte nous pouvons considérer les systèmes d'information comme des formes que l'humain va s'approprier et en s'appropriant de la technologie, il va la modeler dans son fort intérieur mais aussi dans sa relation avec l'autre c'est-à-dire dans les interactions qui ne sont rien d'autre que de la communication. Ainsi, nous pensons comme Simmel que les interactions doivent partir d'un processus prenant en compte deux dimensions fondamentales : la communication verbale et non verbale.

Le rôle de la communication dans les projets technologiques est d'intéresser les acteurs aux technologies dans le but de faire ressortir les dynamiques interactionnelles sous-jacentes à des conflits, blocages des projets d'implantations des technologies et autres disfonctionnement technologiques et organisationnels.

Il convient bien de noter que pour bien comprendre les technologies de l'information et de la communication dans les organisations, il devient nécessaire de rompre avec la vision rationnelle et objective de l'organisation telle qu'elle est définie par Taylor et autre ainsi que la bureaucratie wébérienne. Les formes décrites plus haut par Simmel, les technologies appartiennent au domaine objectiviste mais dans les actions réciproques, elles peuvent être modifiées et remodelées. Par extension, le développement des technologies de l'information et de la communication, vient transformer les secteurs tels que le secteur social, le secteur culturel, le secteur légal, le secteur politique le secteur économique en entres, bref un environnement organisé avec ses différentes composantes.

Après avoir expliqué le pourquoi de notre recherche, nous allons à présent rendre compte du cadre opératoire de cette recherche, soit abordé le « comment » de nos recherches, en quelque sorte.

5. Situations empiriques : Deux logiciels Hôpital Manager/ Cursus 3

La stratégie générale privilégiée est l'étude de cas : l'exemple de deux logiciels CURSUS 3 et Hôpital Manager implantés à la clinique La Sagesse de Rennes. Donc notre recherche s'est déroulée dans une organisation de santé composée de trois services de chirurgie A / B / C. Nous avons travaillé sur un échantillon représenté (environ 60 personnes) par des infirmières, des médecins, et des personnes de la partie administrative.

Pendant trois ans, et régulièrement nous avons privilégié les techniques permettant d'obtenir des données qualitatives qui sont : entrevues semi-directifs et non –dirigées, ainsi que l'analyse documentaire des matériaux recueillis.

La durée des entrevues varie en fonction de la disponibilité de la personne interrogée. Elles sont donc très disproportionnées car le temps des entrevues fait auprès des infirmières et auprès du personnel administratif était plus long que celui des médecins, du fait des contraintes liées à leur travail. Parfois elles peuvent durer 1heure, parfois 45 minutes, parfois 20 minutes. Cependant nous avons souvent réussi à obtenir des informations précieuses du fait de la relation de confiance qui s'est finalement installée entre le personnel de la clinique et moi.

Lieu d'expérimentation : La Clinique La Sagesse de Rennes

La Clinique Mutualiste La Sagesse est une clinique à but non lucratif qui ne pratique pas de dépassement d'honoraires. C'est un établissement de santé semi-privé d'intérêt collectif. Elle travaille en réseau et partage moyens et compétences avec les Cliniques Mutualistes de Quimper (Saint Michel Sainte Anne et Polyclinique Quimper Sud) et la Clinique de la Porte de l'Orient à Lorient. Notre Clinique est aussi adhérente du Groupe Hospitalier Mutualiste Français (GHMF) qui réunit et mutualise les ressources des cliniques mutualistes sur tout le territoire national.

Située à Cleunay (Rennes Ouest), la Clinique Mutualiste La Sagesse comprend une maternité, des services de chirurgie (orthopédie, digestif, ORL, gynécologie, bucco-dentaire…), un centre d'Aide Médicale à la Procréation, une unité d'évaluation et de traitement de la douleur, un service de soins urgents et un plateau technique d'imagerie médicale (radio, scanner et IRM). Son action est fondée sur deux principes forts :

- L'excellence conjuguée à la garantie d'un accès aux soins égal pour tous, sans dépassement d'honoraires.
- Un engagement permanent dans une démarche de qualité certifiée et d'innovation technologique.

Chaque année, plusieurs dizaines de milliers de consultations médicales y sont réalisées,
17 000 patients y sont hospitalisés et près de 3 000 bébés y poussent leur premier cri...

La Clinique Sagesse met l'accent sur la qualité et la sécurité des soins. Ainsi le patient devient le centre des activités : elle s'assure de l'identité des patients et de l'ensemble des données de leur dossier, être à l'écoute des patients et de leurs proches, respecter les droits des patients et de leurs proches, maîtriser la prise en charge médicamenteuse des patients, maîtriser le risque infectieux, être vigilant et prévenir les risques, développer l'évaluation des pratiques professionnelles et rechercher l'efficience du service rendu, s'engager dans le développement durable et organiser le pilotage et déployer des ressources pour agir

Ainsi, en 2007, des retombées sur la qualité ont été prononcées par la haute autorité de santé. Elle a invité l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- Mettre en place l'évaluation des personnels médicaux et non- médicaux

- Etendre la sécurisation du circuit du médicament à l'étape de dispensation et supprimer toute transcription des prescriptions.

Nous avons vu plus haut les différentes composantes de cette organisation qui est La Clinique Mutualiste La Sagesse de Rennes.

Dans le cadre de notre recherche, notre choix porte sur les trois services de Chirurgie qui comporte notamment : orthopédie, digestif, ORL, gynécologie, bucco-dentaire etc. Ce choix pourrait se justifier du fait que les activités de ces trois services tentent de s'inscrire dans une logique de décloisonnement des activités. Ces dernières s'articulent depuis 2007 autour deux systèmes d'information qui sont l'Actipidos et l'Hôpital Manager dont chacun tente de jouer un rôle important au, niveau de la gestion des soins.

Au cours de notre étude sur le terrain, nous avons été informé de l'implantation d'un nouveau dispositif CURSUS 3, dont l'objectif est de répondre aux attentes de l'établissement français du Sang (EFS) concernant les mesures de sécurité et de traçabilité du sang.

Ainsi, nous avons choisi ces trois outils pour mettre en pratique notre travail de recherche.

A l'instar de l'Internet, les systèmes d'information ont investi le champ de la santé transformant les processus de construction et de circulation des savoirs et de l'information, les relations entre les acteurs et les pratiques de santé.

Ceci est illustré par les propos suivants :

« *L'internet dédié à la santé s'est ainsi constitué, au cours de la dernière décennie, comme un objet de recherche à part entière. Une recherche rapide sur les principales bases de données bibliographiques génère des milliers de références discutant de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), plus particulièrement de l'internet, en lien avec la santé. La spécificité de la recherche sur l'internet et la santé est d'être multidisciplinaire : médecine, sociologie, psychologie, géographie, sciences de l'éducation, sciences de l'information... figurent parmi les principaux champs de recherche étudiant les TIC et l'internet, en lien avec la santé* » (Joëlle Kivits, Catherine Lavielle, Christine Thoër 2009).

Nous considérons qu'à l'instar d'Internet ; les systèmes d'information les systèmes d'information qui intègrent les soins doivent reposer sur une perspective multidiciplinaire.

En effet nous avons remarqué que cette perspective est quasiment absente dans les projets technologiques dans la santé. Pour répondre à cette négligence des autres dimensions telle que la communication, nous considérons que les cas à étudier ici (l'Hôpital Manager,

l'ACTIPIDOS et CURSUS 3), feront l'objet de mieux ressortir la place de la communication dans les projets technologique dans le domaine de la santé

Ces dispositifs constituent des types de systèmes d'information mis en place dans presque plusieurs hôpitaux et cliniques en France.

- **Peu d'historiques sur le logiciel Actipidos**

Nous allons aborder à présent les deux logiciels que nous avons choisis d'analyser. Pour ce faire nous faisons un peu historique sur le logiciel Actipidos qui a précédé Hôpital Manager et CURSUS 3. Actipidos a été mis en place à la clinique la Sagesse de Rennes depuis 2003/2004

Il est défini comme :

« *Est un système informatique de gestion de soins avec prise en charge de l'écriture manuscrite. Conçu par Stylus Software pour réduire le support papier des infirmières, Actipidos simplifie les tâches clés que sont l'inscription du patient, la planification des soins, la prescription d'examens et de médicaments, la communication avec les pharmacies et autres laboratoires, le suivi des instructions, la commande de repas et l'échange de messages manuscrits (sur support e-mail)* »

La mise en place de l'Actipidos vise trois objectifs principaux qui sont : d'une part, la mobilité qui consiste à mettre tout sur le chariot de l'infirmière c'est-à-dire un réseau sans fil permettant aux soignants d'exercer leurs activités à tout moment. D'autre part l'objectif est de respecter les critères ergonomiques autrement dit l'articulation entre le stylo et la technologie.

Enfin, la portabilité comme le cas de l'ordinateur stylet pour remplacer le bloc papier au chevet du médecin.

A La Clinique Sagesse, le système d'information Actipidos est uniquement utilisé par les infirmières. Il regroupe différentes briques applicatives en permettant ainsi la validité des soins. Ces derniers se divisent en deux niveaux :

Le premier niveau concerne les soins rôles propres qui concernent les perfusions, les levés, les prélèvements sanguins, les aides aux toilettes, les changements, les pansements, les lits, les repas, les heures de passage de la chambre du patient etc. Dans les soins rôles propres selon les infirmières, l'outil Actipidos joue un rôle fondamental car il permet de laisser une marque, de laisser une preuve mais aussi de planifier les soins toute la journée. Elles ont chacune un code ce qui permet de voir l'activité de chaque soignant et de mener le travail dans une dynamique de continuité. Ainsi donc, la première question que nous soulevons ici est principalement la question de la traçabilité. En effet, la traçabilité est un élément central pour

les infirmières qui ont répondu à nos questions. Comment savoir qui a fait quoi ? Cela repose sur une information complète sur le patient, et une traçabilité systématique. Donc la question de la traçabilité devient un enjeu majeur dans l'appropriation de l'Actipidos par les infirmières.

Le deuxième niveau relève des soins de prescription médicale. Cependant selon les infirmières, les soins de prescription ne se font pas sur Actipidos mais sur papier. En effet dans l'état actuel de l'utilisation de l'outil dans les services chirurgies, les médecins ne sont pas toujours obligés de faire des prescriptions médicales sur Actipidos. Ce qui fait que les infirmières sont obligées de jongler avec deux systèmes c'est-à-dire l'outil et le papier.

Cette situation entraîne des risques d'oublis et d'erreurs, car les médecins peuvent mettre de temps en temps une prescription sur l'Actipidos que l'infirmière n'a pas consultée. Selon les infirmières, les soins et les prescriptions partagés sur Actipidos et sur papier constitue un travail de plus. Cette attitude complique le travail et pose également la question de la coordination dans le travail.

Ainsi les soins de prescription partagés sur deux systèmes entraînent parfois chez l'infirmière une sorte de réticence à l'outil car elle considère que travailler avec le papier est beaucoup plus simple puis que l'accès à l'information est plus facile.

Dans ce contexte, nous défendons que le défi que soulève l'Actipidos lié à la question de la coordination soit un défi central pour que les utilisateurs utilisent l'outil. Nous considérons la question de la coordination comme un enjeu d'analyse fort de la communication organisationnelle en lien avec la problématique de l'informatisation des organisations de santé. Dans ce cas-ci, la question de la coordination entre les médecins et les infirmières dans les activités de travail qui se font à travers Actipidos devient assure la traçabilité des soins. Cependant la coordination entre les infirmières et les médecins ne se fait pas de façon verbale mais plutôt à travers l'outil Actipidos. C'est dans ce cadre que nous comptons mobiliser la cognition distribuée pour mieux expliquer cette façon de coordonner les activités sur Actipidos. A la question de la traçabilité, s'ajoute la question de la coordination dans le travail. Ces deux problématiques sont très liées au fonctionnement des nouvelles formes d'organisation mais surtout des nouvelles techniques de travail dans la santé (télésanté, télémédecine, téléconsultation, télésurveillance, télédiagnostic…).d'aujourd'hui donc. La communication organisationnelle tente de comprendre ces enjeux, qui pourraient empêcher le bon déroulement des actions centrées sur les technologies.

En effet, les infirmières ont reconnu les points fort de l'outil Actipidos qui s'articulent sur les critères tels que la validité des soins, la continuité des soins, la planification des soins, la

rigueur, la centralisation de l'information, le gain de temps (toutes les données sont transmises à l'instant T), la rapidité (l'accès très rapide aux données antérieures), la facilité d'accès à un dossier à posteriori, entre autres, ce qui pourraient justifier le succès de l'outil au sein de leurs activités. Car elles sont censées rentrer des données en temps réel impliquant ainsi une bonne qualité de l'information.

Cependant, elles nous ont soulevé plusieurs problèmes liés notamment à un problème organisationnel de la clinique du fait que certains médecins préfèrent faire leurs prescriptions sur du papier et d'autres sur électronique. Dès lors se posent des difficultés de coordination entre les infirmières elles-mêmes et entres elles et les médecins. Nous soulevons dans cette perspective un manque d'imbrication entre les acteurs qui pourrait entraîner des risques d'oublis et d'erreurs. Les médecins prétendent que les informations sont toujours à la portée des infirmières et que ces dernières doivent articuler les deux systèmes pour bien faire leur travail.

Nous soulignons ainsi deux logiques différentes qui sont d' une part, la logique des infirmières qui réclament la traçabilité et un seul support de travail, et d'autre part la logique des médecins qui ne voient pas l'intérêt de faire les prescriptions sur support électronique. C'est dans ce contexte, que nous voulons souligner que les projets technologique dans le domaine de la sante soulèvent des tensions et des contradictions dans les pratiques. Dans cette perspective, l'approche de la théorie de l'activité nous semble utile pour comprendre ces contradictions qui occupent les acteurs dans le bon déroulement de leurs activités qui se font à travers le logiciel Actipidos

Ainsi, nous assimilons cette situation comme une culture de culpabilité chez les infirmières (par exemple : pourquoi elles n'ont pas regardé les informations sur Actipidos ? …) plutôt qu'une culture de responsabilité autrement dit une culture de l'échange, une culture de la communication. Tandis que la culture de la culpabilité est plutôt liée à la culture de l'information. Nous notons par là une sorte d'injonction technologique qui consiste à annoncer quelle chose qui passe par l'outil de travail. Dans ce contexte, nous nous posons les questions suivantes :

L'injonction technologique pourrait-elle remplacer l'injonction verbale dans les prises de décisions médicales ? Cette l'injonction technologique ne mettrait pas les infirmières dans une logique de culpabilité ? Comment articuler l'injonction verbale et l'injonction technologique pour mieux renforcer la responsabilité des infirmières.

Ce passage d'une injonction verbale à une injonction technologique nous permet de mobiliser la théorie de la cognition distribuée. En effet, les premières enquêtes sur notre terrain nous ont révélé que cette approche aborde certaines problématiques liées à notre objet de recherche. Nous avons noté sur le terrain avec l'outil Actipidos le rôle qu'il joue dans l'activité quotidienne des soignants. En effet cet outil est destiné aux infirmières pour la gestion des soins. Cependant le médecin peut utiliser l'outil dés fois pour écrire des informations concernant un traitement qu'un malade va suivre. Dans ce cas l'infirmière est avertie par un signal qui apparaît sur l'outil et qui déclenche son action sans pour autant parler ou voir le médecin. Nous comparons cette situation comme une injonction technologique qui peut déclenche l'action telle qu'est soulignée par les propos d'une infirmière :

« Il y'a beaucoup de prescriptions qu'on appelle conditionnelle en fait ou il y'a une condition qui fait déclencher quelle chose : par exemple quand quel qu'un à des nausées, du coup ça déclenche des médicaments »

Ainsi donc nous croyons comme la théorie de la cognition distribuée que :

« C'est la disponibilité des informations qui déclenche l'action. Les formats à travers lesquels les informations pertinentes sont rendues perceptibles jouent un rôle essentiel. Dans le modèle de l'écologie perceptive, un lien direct et non déterministe est établi entre perception et action» (Licoppe 2008).

Ainsi dans le cas qui nous concerne, à travers Actipidos, le médecin qui déclenche l'outil en mettant une information, déclenche en même temps l'action de l'infirmière.

5.2 Hôpital Manager (HM) : vers une performance des soins

Notre premier élément empirique porte sur Hôpital Manager (HM). HM est un logiciel qui est fait par la société Softway And Médical. Il permet un prolongement du logiciel Actipidos mis en place depuis 2003/2004. Le logiciel HM permet de prendre en charge le patient dès qu'il arrive à la clinique. C'est-à-dire quand le patient arrive au bureau d'accueil, il va se présenter avec sa carte vitale et on va créer son dossier administratif, celui-ci va partir informatiquement, vers les médecins et les soignants, qui vont l'alimenter jusqu'à la sortie du patient. Côté administratif, il va être alimenté par les prestations hôtelières, lits, télévisions. Il

va se représenter au bureau des sorties pour la facturation de son dossier en fonction de tout ce qui s'est passé, il va payer une partie et son dossier est envoyé à la sécurité sociale.
Depuis 2007, ce logiciel ne concernait que la partie administrative et une partie des soins des infirmières. C'est le 29 août 2011 qu'a eu l'élargissement d'HM dans les prescriptions chirurgicales et anesthésistes. Un changement qui va dans le sens de la rationalisation des soins cliniques et administratifs.

5.3 Le logiciel CURSUS 3 vers une traçabilité du sang

C'est le deuxième élément important au plan empirique que nous allons analyser à présent. La recherche présentée dans cette partie est le résultat d'une rencontre entre la préoccupation concrète de la clinique de la Sagesse de Rennes de mettre en place un logiciel qui assurerait la traçabilité du sang. Cette préoccupation va dans le sens des attentes de l'Etablissement Français du sang (EFS).
En effet, suite à la crise sanitaire et avec elle l'émergence du sang contaminé dans les années 80, l'EFS se donne comme principal but de réglementer les transfusions sanguines dans les milieux sanitaires en France. Ainsi, la clinique Sagesse, à l'instar des autres établissements de santé français, tente de se conformer et de respecter cette réglementation. Cela exige de mettre en place des projets portant sur les systèmes d'information. C'est ainsi que depuis l'autonome 2010, sur les conseils de l'EFS, la clinique Sagesse lance un projet de mise en place d'un logiciel de traçabilité du sang. Cependant, le choix du logiciel n'était pas facile car il fallait qu'il assure une traçabilité à 100%. Le CURSUS 3 est défini comme étant un logiciel d'Hémovigilance (Hémo qui signifie sang) servant à la traçabilité et à la sécurité du sang. Le terme Hémovigilance est également défini ainsi :
« Selon l'article L. 1221-13 du code de la santé publique, il s'agit de l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de PSL. Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle, allant de la collecte des PSL jusqu'au suivi des receveurs. L'hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs ».
C'est dans ce contexte que nous considérons qu'il est important de voir comment s'est déroulé le processus de mise en place de ce logiciel. Ainsi, nous discuterons sur les enjeux communicationnels de l'implantation du logiciel CURSUS 3 dans cet établissement de santé. Il s'agit de montrer, dans cette situation de changement organisationnel, comment la communication, en amont du projet, vient structurer les normes et les règles. Nous

considérons en effet que notre travail peut apporter quelque chose aux travaux en SIC dans ce domaine, à l'intérieur duquel peu de recherches empiriques ont finalement été conduites. Nous souhaitons aborder, à partir d'un cas d'étude précis, la dimension communicationnelle qui est présente dans les processus normatifs qui accompagnent les processus de changement, et favorise la coopération des acteurs engagés dans le projet.

Les interrogations que nous soulèverons du point de vue de la recherche en Science de l'Information et de la Communication, autour de ces processus de rationalisation, s'inscriront dans une problématique de changement organisationnel, de circulation d'information ou encore de normalisation des pratiques professionnelles.

6. Méthodologie : étude qualitative des logiciels de rationalisation des prescriptions soins et de traçabilité du sang

6.1 Approche compréhensive d'un processus de mise en place d'un SI

❖ Approche qualitative

Nous étudions un phénomène qui porte sur la notion de changement et les éventuelles transformations qui en résultent. Cette logique nous oblige à mener une recherche qualitative car ces transformations imposent une nécessité d'une recherche plus proche du terrain telle que le rappelle (Deslauriers ,1991. p. 5) sur les propos suivants

« On peut plus étudier les transformations sociales et les mirosystèmes sociaux avec un instrument qui mise uniquement sur la régularité, la stabilité et le grand nombre : il faut s'approcher du terrain, se faire plus inductif et se laisser imprégner de l'air du temps ».

Le but de notre recherche est de mieux comprendre une réalité particulière, ce qui nécessite habituellement d'avoir accès aux représentations que s'en donnent les acteurs concernés. L'analyse qualitative convient à l'étude des processus tels que le changement organisationnel stratégique. Cette posture de travailler les mots et les discours qui seront nos données qualitatives. De plus, dans une telle perspective de recherche qualitative, il nous semble important de décrire longuement le contexte dans lequel notre étude prend place. Par conséquent, nous pensons que, il est important de s'intéresser sur le sens que notre objet (SI) possède dans notre terrain conduisant ainsi des changements qui touchent le cœur des activités

de celui-ci. Nous croyons que cette quête de sens, autrement dit notre préoccupation sur cette notion de sens doit reposer une méthode appropriée telle que la méthode qualitative qui s'intéresse d'abord et avant tout sur le sens d'un phénomène social en milieu naturel ou plus précisément le milieu habituel des individus.

Notre démarche s'appuie sur des cas qui ont marqué l'informatisation de la clinique La sagesse et qui sont en train de transformer leur mode de fonctionnement de la structure. Elle nous incite à comprendre ce phénomène, à suivre son évolution et à mettre en place des échantillons plus restreints qui seront étudiés en profondeur.

La notion de sens qui est évoquée plus haut, réside dans le fait que nous voulons attirer l'attention sur l'objectif de notre recherche, et décrire le processus d'un changement organisationnel par les technologies, en insistant sur l'idée suivante : ce qui donne sens à la mise en place d'un outil technologique, c'est d'abord et avant tout la préparation (Orlikowski, 2000). Dans ce sens nous adoptons une méthodologie qualitative qui nous permettre de mobiliser des éléments appropriés afin de mieux analyser les processus. Ces derniers reposent sur le sens que les individus donnent à l'outil, sur les actions entre eux, sur la vie quotidienne et sur la construction de la réalité sociale et organisationnelle.

Outre les besoins du terrain, notre approche compréhensive nous oblige à choisir la méthodologie qualitative. Notre positionnement théorique qui s'appuie sur une perspective interactionniste, subjectiviste, socio-constructiviste, nous oblige à utiliser la méthodologie qualitative pour comprendre notre phénomène. Nous adoptons donc une méthode qui permet d'étudier objectivement un aspect qui détient une conception subjective. Une démarche qui se veut dépasser les clivages entre l'objectivisme et le subjectivisme (Giddens).

Donc nous considérons que c'est par le biais de la recherche qualitative que nous pouvons entrer en contact avec les utilisateurs et les personnes concernés par les systèmes d'information dans les organisations de santé.

A travers cette recherche qualitative nous serons en mesure de communiquer avec les acteurs afin de mieux comprendre l'objet aussi bien au niveau macro qu'au niveau micro. Mieux, au delà de notre objet, cette méthode de recherche nous permettra de mieux comprendre l'organisation elle-même ; de la saisir comme un système vivant qui s'auto-organise, qui se transforme en évoluant et qui se préserve tout en s'adaptant aux réalités et aux évolutions de son environnement. Ainsi notre méthode dans cette perspective est de prendre en compte ces deux niveaux qui semblent s'opposer et que nous considérons comme uniques, en choisissant une recherche sociale (qualitative) qui permet de percevoir ces deux réalités dans une

démarche d'expérience et d'humilité. Mais également comprendre les manifestations qui trahissent le changement tel que le prétend (Deslauriers, 1991) :

« L'étude du changement social passe donc par ces micromanifestations, c'est alors que les grands processus sociaux prennent un autre sens ».

Nous nous inspirons ainsi de cette belle citation de (Deslauriers, 1991) qui est la suivante : *« Lorsqu'il s'agit d'un être vivant, les données du problème sont modifiées car on ne peut plus l'isoler de son milieu : c'est sa vie même ».*

En d'autres termes si une méthode dépend de la réalité et non le contraire, nous considérons que c'est cette réalité qui rend la méthode très complexe. Ainsi, pour obtenir des informations sur telle réalité d'un phénomène, adoptons une méthode souple nous permettra de connaître cette réalité. Pour ce faire, la méthode qualitative est la seule qui nous permettra de réduire la complexité de la réalité:

« *… la recherche qualitative se prête bien à l'étude des phénomènes complexes et mouvants et sa souplesse fait sa force »*

Il s'agit alors dans notre démarche de dépasser les discours dominant qui entourent les technologies de l'information et de la communication dans la société en général mais plus précisément dans le milieu de la santé qui est notre principale préoccupation. Mais également de comprendre l'évolution de notre objet dans les pratiques, et de saisir les tensions entre l'ancien et le nouveau, entre les générations, dans cette optique, la recherche qualitative nous permet de répondre à une question principale : les systèmes d'information dans les organisations de santé sont-ils acceptés de la même manière suivant que les générations qui utilisent ces systèmes ? Telle est l'une des questions à laquelle nous tentons de répondre dans ce travail. On va se demander si les différences entre les générations sont importantes au point de pouvoir parler de systèmes d'information propres à l'ancienne génération, et à la nouvelle génération. On peut aussi se poser certaines questions au sujet de ces deux types d'utilisateurs : sont-ils antagoniques ou peuvent-ils coexister ? Quelles sont les conséquences du changement technologique pour ces collaborateurs ?

6.2 Étude de cas

Nous l'avons vu dans le point cinq, notre étude de cas va porter sur une étude de deux logiciels Hôpital Manager, CURSUS 3. Le contexte de la mise en place de ces logiciels s'explique successivement par la gestion de la sécurité des soins, des prescriptions médicales et la gestion administrative mais également de la traçabilité de transfusion sanguine en ce qui

concerne CURSUS 3. Donc telle que nous l'avons signalé, nous étudions des changements organisationnels qui s'inscrivent dans le cadre de la rationalisation des activités de la clinique mais également, ces changements organisationnels s'inscrivent dans le contexte de modernisation des organisations de santé rendue possible par les technologies de l'information et de la communication.

Rappelons, dans les situations de changements organisationnels, que la dynamique communicationnelle reste souvent négligée surtout dans les domaines de la santé. D'autres dimensions telles que la dimension technique, managériale, économique, la gestion, bref ces dimensions sont souvent mise en avant.

Or, nous pensons que cette situation risque de jouer sur la performance des logiciels que nous avons choisis d'étudier. Car nous les considérons comme des dispositifs sociaux et de médiations. Par conséquent, la communication constituerait un lien social entre ces logiciels et leurs propres utilisateurs.

Notre hypothèse centrale : **Quels sont les enjeux en termes de communication que les systèmes d'information posent au quotidien dans les pratiques de travail des professionnels de santé**

Ainsi pour répondre à cette question, 20 médecins utilisateurs des systèmes d'information à la clinique Sagesse de Rennes ont été interrogés. 30 infirmières et des décideurs (responsables des systèmes d'information, directeur de la clinique etc.), mais également des utilisateurs de la partie administrative l'ont été. (Des utilisateurs qui sont de première et de deuxième génération).

Avant de commencer les entrevues qualitatives, nous avons d'abord jugé nécessaire d'identifier les principaux acteurs qui utilisent les systèmes d'information dans les organisations de santé. Ainsi dans notre terrain nous avons pu identifier deux catégories d'acteurs :

D'abord les acteurs du métier qui concernent : les médecins et les infirmiers/ infirmières

Ensuite les acteurs administratifs, en l'occurrence : les secrétaires, le directeur de l'hôpital, le responsable des systèmes d'information etc. Dans ces deux types utilisateurs nous avons identifié d'une part, une couche de personnes qui représentent la première génération et qui ont souvent des appréhensions concernant un changement qui porte sur leurs pratiques de travail et qui sont induits par les technologies de l'information et de la communication. Et d'autre part des utilisateurs qui comprennent bien le sens de ce changement technologique et

qui s'adaptent très rapidement à l'outil. Ces deux conceptions différentes montrent la complexité et l'incertitude du changement car ces personnes peuvent remettre en cause le projet.

En conséquence, nous défendons l'idée selon laquelle dans les études qui touchent au cœur de la vie quotidienne des personnes, l'entrevue est de première nécessité. En effet, il serait fort aléatoire de tenter de clarifier les comportements reliés à un changement de pratique dans un milieu naturel de vie, sans s'adresser aux personnes qui les vivent. Nous considérons que l'entrevue paraît être indispensable pour l'étude des processus qui est notre principale préoccupation dans ce travail de recherche. En fin nous pensons comme (Gauthier) :

« … décider de faire usage de l'entretien, c'est primordialement choisir d'entrer en contact direct et personnel avec des sujets pour obtenir des données de recherche. C'est considérer qu'il est plus pertinent d'interpeller les individus eux-mêmes que d'observer leur conduite et leur rendement à certaines tâches ou d'obtenir une auto-évaluation à l'aide de divers questionnaires. C'est privilégier le médium de la relation interpersonnelle » (Gauthier, p 251)

Nous privilégions cette approche afin de mieux comprendre notre phénomène, et nous utilisons principalement l'entrevue non directif comme instrument de collecte de données afin de mieux saisir le phénomène d'interaction, par exemple, dans les pratiques cliniques mais également dans la partie et la partie administrative. Car tel que nous l'avons précisé plus haut, un système d'information de santé repose à la fois sur une dimension clinique et administrative.

6.3 Entrevues semi-dirigées

Nous privilégions une approche semi- dirigée pour une raison fondamentale qui est que toute recherche qualitative en communication doit s'inscrire dans une technique de collecte de données qui repose sur des entretiens semi-directifs. Dans cette volonté scientifique, nous allons également adopter une démarche de compréhension .

L'autre raison réside sur le fait que notre étude porte sur la santé et les technologies de l'information et de la communication dans les activités cliniques des professionnels de santé. Cette recherche s'est faite en parfaite collaboration avec les professionnels de santé qui ont voulu répondre à nos questions. Nous devrons collaborer avec ces acteurs responsables du projet, les acteurs qui utilisent les outils afin de produire une recherche originale à partir des données collectées et d'élaborer des séries de questions qui seront intégrées dans notre étude.

Il convient également de rappeler que nous menons une étude sur un terrain très difficile d'accès. Les rendez-vous sont très difficiles à obtenir, les professionnels de santé nous accordent des entretiens entre leurs poses déjeuner ou bien dès qu'elles pouvaient pendant le travail, ils s'arrangeaient avec des collègues de travail pour venir répondre très rapidement et très concrètement à des questions très ciblées et très précises. Il nous est arrivé de temps en temps de patienter dans les salles d'attentes avec les patients pour attendre notre tour pour que nous puissions réaliser l'entretien avec un médecin. Face à ces conditions très difficiles, nous avons pensé qu'il fallait adopter une clarté dans les questions, mais également de poser des questions très précises afin d'obtenir des réponses très utiles pour notre recherche mais également permettre à nos répondants de bien comprendre les questions et de pouvoir répondre d'une façon très ciblée.

Ainsi très concrètement, nous avons préparé des questionnaires qui portaient plus sur leurs pratiques car nous avons pensé que c'était une occasion de leur poser des questions mais également de découvrir les logiciels qui concernaient notre étude et d'avoir une idée sur la structuration de ces logiciels (les utilisateurs me montraient parfois les logiciels et la manière dont ils utilisaient) (Cf. annexe 1.1).

Il nous arrivait de temps en temps de faire des entretiens en suivant un utilisateur qui, avec son chariot mobile s'arrêtait de temps en temps devant une chambre de patient afin de mieux répondre à une question et de mieux illustrer ces propos sur un cas.

Cette approche, m'oblige donc à préparer des questions qui touchent le cœur de l'activité des utilisateurs. Une phase de préparation qui m'a permis de comprendre comment la négociation pourrait nous permettre d'obtenir des solutions même dans des cas les plus difficiles, mais également de comprendre que la négociation repose sur une étape de préparation.

Ainsi, cette approche semi-directive nous a permis de comprendre deux éléments très importants dans la façon de réaliser un objectif, qui est la négociation et la préparation, deux termes clefs pour une organisation de type « gestion de projet ».

Notre projet qui consistait à obtenir des informations dans un milieu très confidentiel a été un succès pour nous grâce à une phase de préparation que nous avons considérée comme une phase capitale. Au cours de cette période, notre démarche était de négocier avec les utilisateurs. Notre gestion de projet repose donc sur la négociation perpétuelle avec les utilisateurs et dans ce sens nous défendons l'idée selon laquelle : « gérer c'est négocier ».

Ce postulat que nous mettons en avant dans notre étude, sera mieux abordé dans notre deuxième partie de thèse qui aborde les processus de communication qui accompagnent le

changement technologique, à partir de notre terrain de recherche. Nous voudrions montrer que la négociation que nous considérons parfois comme du « temps perdu » est inhérente aux rapports sociaux.

Pour ce faire, nous avons établi une grille d'entrevue. Nous avons mené des entrevues semi-directives avec les usagers des systèmes d'information clinique, notamment les infirmières et les médecins, avec la gestionnaire responsable des systèmes d'information de la clinique, avec les secrétaires et les directeurs de l'hôpital acteurs principal dans l'introduction d'un système d'information dans la clinique. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites.

Tableau 2 : Schéma d'une grille d'entrevue semi-dirigée

Types de questions	Les questions
Les questions principales Objectifs : -Rappeler le thème principal -Établir une relation de confiance	1. Depuis combien d'années vous utilisez ce logiciel ? 2. Comment vous percevez un tel changement technologique ? 3. avez-vous été consulté en amont lors de la mise en place d'un logiciel ?
Les questions d'investigation Objectifs : -Obtenir des informations complémentaires - Obtenir des exemples concrets le phénomène	1. Avez-vous été confrontés à des difficultés et contraintes ? Si oui ? Lesquelles ? 2. Quelle information auriez-vous besoin pour vous permettre une utilisation optimale d'un logiciel ? 3. Comment vous voyez la coordination des actions avec ces nouveaux logiciels? 4. Quelle serait la logique d'implantation de ces logiciels ?

	5. Quelle pourrait être votre rôle dans cette nouvelle organisation ? 6. Seriez-vous intéressé par une coordination et l'organisation d'un changement technologique en amont et en aval portant sur vos pratiques ?

6.4 Entretiens non - directifs

Nous avons mené également des entretiens non directifs afin de d'accorder dans l'interaction une place importante à nos répondants. Car nous considérons que en matière d'entrevue, la relation et les attitudes expliquent mieux les résultats que les connaissances et la technique (Gauthier, 1984).

De plus nous avons préféré de mettre l'accent sur quelques axes relatifs à notre sujet de recherche, à savoir, donner aux personnes une certaine responsabilité en s'exprimant librement et d'une manière personnelle sur le thème. Cette approche comme efficace pour motiver les sujets. Elle nous guide également pour obtenir des informations appropriées à nos objectifs. Donc l'entretien est centré sur la personne qui produit et définit ses propres procédures. Notre attitude de chercheur, dans ce sens, repose sur une écoute afin de mieux analyser le phénomène observé. Une écoute active nous a permis d'avoir une attitude de non directivité, qui consiste à éviter toute intervention tendant à imposer ou même à proposer notre façon de voir, notre système de valeurs, nos objectifs, pour les substituer à ceux de notre interlocuteur. Cette démarche, selon Carl Rogers facilite le processus de communication (Rogers, 1970).

Outre le fait de suivre une approche processuelle dans notre démarche, l'approche non – directive que nous avons privilégiée dans notre méthode de recherche nous a permis de nous ouvrir vers d'autres questionnements, portant des problématiques qui sont notamment la notion de norme, celle des systèmes de valeurs, de culture et de sous-cultures, qui seront utiles à la compréhension de notre terrain(Cf. annexe 1.2)

Lors de ces entretiens, la spontanéité des répondants révélations était réelle. Ils ont mis les dimensions les plus significatives de notre objet et nous ont offert de nouvelles interrogations, que nous n'avions pas prévues dans notre étude. Autrement dit, cette approche non directive favorise l'émergence de nouvelles interrogations sur notre phénomène, et ces interrogations viennent enrichir notre étude, et nous suggère de nouvelles pistes pour mieux comprendre notre objet problématisation.

Enfin, il convient de rappeler que notre étude porte sur une organisation de santé dans laquelle les personnes ne sont pas toujours disponibles pour accorder des entretiens à des chercheurs. Dans cette optique nous considérons que :

« Cette méthode procure donc des conditions privilégiées pour la découverte de ce qu'un sujet pense et ressent en tant qu'individu et en tant que représentant du groupe dont il fait partie » (Gauthier).

La souplesse de cette approche a permis de mener à bien notre travail, mais également de contourner les difficultés d'accès à notre terrain.

Tableau 1 : schéma d'une grille d'entrevue non –directif

Types de questions	Les questions
Questions ouvertes centrées sur un thème général. Objectifs : - Être dans une démarche de compréhension et d'écoute. - Éviter d'imposer ou me à proposer notre façon de voir - Faciliter l'expression et le processus de communication - Inciter le répondant à parler sous thèmes qui sont liés au phénomène	1. Votre avis sur la modernisation de l'hôpital ? 2. Que pensez-vous de la rationalisation des pratiques cliniques et administratives ? 3. L'introduction des TIC dans les activités quotidiennes a-t-elle changé ou non la qualité des soins ? 4. Pouvez- vous me dire comment le changement organisationnel et technologique est- elle mené dans votre établissement ? 5. Pouvez-vous me parler le processus de mise en place d'un logiciel dans les pratiques ?

L approche non directive repose sur des questions qu'on essaie de rendre à la fois pertinentes et claires, et ont conduit à nos répondants d'être en mesure de nous répondre très facilement Ainsi, les répondants ont abordé des sous thèmes qui sont illustrer le phénomène étudié ou le thème central observé. Ce fut le cas par exemple de la problématique de la « Tarification à l'activité (T2A) », de la « facturation au fil de l'eau », ou encore des conflits générationnels entre les anciens et les jeunes sur l'utilisation du logiciel.

Donc cette approche est venue enrichir notre travail en nous ouvrant d'autres angles d'analyse. Les répondants ont également abordé le contexte du changement organisationnel. En évoquant les outils qui ont précédé les nouveaux logiciels et le pourquoi de leur mise en place.

6.5 Analyse documentaire

Cette phase concerne notre corpus. Pour établir un corpus, nous avons consulté des ouvrages francophones et de l'Amérique du Nord afin d'enrichir notre étude. En effet, dans les ouvrages francophones, les études concernant l'utilisation les technologies de l'information et de la communication dans les organisations sont orientées vers l'approche critique. Ce qui nous amène à prendre du recul par rapport aux idées reçues sur les technologies dans les organisations et leurs performances présumées.

Notre étude exploratoire sur la littérature de l'Amérique du Nord nous a éclairé également sur la problématique de l'implantation spécifique des technologies dans les organisations sur le consensus supposé dans la mise en place d'un projet technologique (Cf. annexe 16).

Ainsi, bien que tout projet naisse d'une idée qui doit être transformée entre les acteurs du projet, nous considérons qu'au final le consensus devient central pour la réaliser du projet. Ce qui fait que notre présente recherche est plus orientée vers une perspective socio-constructionniste, très développée par les auteurs contemporains à la fois dans la littérature de l'Amérique du Nord et des auteurs contemporains en France en communication organisationnelle notamment : Mayère, Bouillon , Durampart Loneux , Huet, etc.

Notre objet d'étude a connu en effet une popularité du fait qu'il est souvent abordé dans les médias (Internet, télévision, journaux etc.), mais également des forums, des journées d'étude (par exemple « Forum TIC Santé », « Journée Castel Télésantè » etc.). L'actualité de notre thème de recherche est également un facteur qui doit être soulevé. (Cf annexe 15.2)

Nous avons enfin étudié de nombreux documents qui se rapportaient au fonctionnement des hôpitaux en général, et au statut des praticiens hospitaliers, puis aux modalités de formation

des médecins dans l'appropriation des ces nouveaux outils et les applications qui se retrouvent dans la gestion quotidienne de ces outils. Les données que nous avons collectées lors de notre recherche documentaire sont issues de documents émanant des organismes tels que le Ministère de la Santé, des textes de loi en vigueur qui ont trait aux changements des pratiques hospitalières (Cf. annexe 10)

Ainsi cette recherche documentaire, nous a donné des informations globales, et les définitions des principaux concepts qui correspondent aux termes de notre étude portant sur les systèmes d'information dans la santé.

Cette recherche illustre comment en Sciences de l'Information et de la Communication on peut mieux valoriser les concepts et théories mobilisés pour appréhender un phénomène organisationnel. C'est ce que nous allons voir ici dans les parties suivantes.

PREMIERE PARTIE :

ORGANISATIONS DE SANTE : POUVOIR ET RATIONALISATION

Introduction de la première partie

Les changements induits par les TIC, n'épargnent pas le secteur de la santé. Le développement des systèmes d'information et de communication au sein des structures de santé s'impose, et nécessite aujourd'hui que tout le personnel développe des compétences pour utiliser l'informatique et Internet.

La France, à l'instar des autres pays du monde intègre de plus en plus les TIC dans tous les secteurs d'activités. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication apparaissent aujourd'hui comme une composante importante de la vie quotidienne dans la cité, et notamment dans la santé.

Au plan stratégique, pour le développement des ces TIC, la question de la qualité ou de sa gestion est actuellement au cœur des discussions des acteurs de la santé. En effet, ceux-ci disent désormais devoir gérer les priorités de l'entreprise et les mettre en pratique au jour le jour. Face à cette situation, les dirigeants estiment que les outils modernes de la communication permettraient aux personnels de réagir au plus vite dans un contexte de grande crise d'éviter les erreurs et d'améliorer la sécurité des patients selon eux ces outils permettent une meilleure lisibilité et une meilleure appréciation de leur pertinence par rapport aux principales problématiques du système de santé, et aux besoins d'information des usagers.

Les questions principales dans cette première partie consisteront à se demander pourquoi le dossier de la santé est dématérialisé ? En quoi les technologies peuvent permettre d'améliorer les pratiques de travail des services de santé et de proposer des choix de rationalisation du travail des personnels de santé qui soient pertinents, selon les concepteurs des systèmes d'information ? Quels sont les éléments d'acceptabilité, d'utilité et d'utilisabilité des technologies ? Comment penser la technologie en relation avec ses usages dans l'organisation? Comment faire évoluer les modèles de conception et d'innovation ? Quels sont les modèles économiques possibles ?

Nous tenterons de répondre à ces questions en trois chapitres analysant les stratégies portées par le développement de ces TIC : le chapitre 1 portera sur la question de la stratégie de

modernisation, le chapitre 2 sur la stratégie de normalisation, et le chapitre 3 sur la stratégie de mise en visibilité des territoires.

Chapitre 1 Stratégie de modernisation

1. 1 Vers un partage de l'information médicale

La modernisation à travers les systèmes d'information s'inscrit dans une volonté de partager l'information entre les professionnels de santé notamment les médecins, les pharmaciens, les laboratoires et autres. Ainsi la notion de partage de l'information est au cœur des préoccupations des acteurs. Longtemps décrit comme un espace cloisonné, le secteur de la santé a connu un bouleversement ces dernières années, dû au développement exponentiel des technologies de l'information et de la communication.

Ainsi à l'instar des autres pays industriels tels que le Canada, les Etats –Unis et autres, la France s'inscrit dans ce mouvement de modernisation de ses structures sanitaires avec les TIC. On assiste alors à une prolifération des projets portant sur les systèmes d'information qui se traduisent par la mise en place de logiciels de gestion dans les pratiques de travail. Dans cette course à la modernité de la santé, il semblerait que la raison principale serait de faire sortir ce secteur de ses « murs » (un slogan des acteurs de santé pour justifier les raisons de la modernisation). Ainsi dans ce sens, se met en place une nouvelle approche qui est la suivante : « e-santé » ou « la santé sans les murs » ; une approche qui va dans une préoccupation de s'ouvrir, de se décloisonner, de changer, bref de partager l'information entre acteurs de santé qui leur donnerait peut-être un autre mode de gestion de l'information qui est différent de celui d'un modèle paternaliste (car on entend souvent dire que la médecine est une profession centrée sur le médecin plutôt que sur le patient). Nous pouvons analyser cette situation comme étant restée bloquée dans une démarche Emetteur/ Récepteur qui pourrait être traduite à travers tableau comme ci :

Concepts	Emetteur (Soignant)	Récepteur (Soigné)
Echange	Comment le soignant informe le soigné ?	Comment le soigné perçoit l'information ?
Traitement de l'information	Centré sur le métier	appréhension
Communication	Est-ce que le soignant capte bien ce que lui dit le soigné ?	Est-ce que le soigné capte bien ce que lui dit le soignant ?

Ndiaye, Diarra. Analyse communicationnelle des systèmes d'information dans le secteur de la santé (2000-2012) : l'exemple de l'implantation de deux logiciels dans les pratiques de la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes - 2013

Nous avons dressé ce tableau afin de montrer de fait que l'information médicale reste très linéaire et descendante entre deux individus interdépendants. D'où notre préoccupation dans ce travail de soulever ce paradoxe qui comme nous l'avons abordé plus haut, est une situation préoccupante du point de vue de l'organisation du système médical.

Ainsi notre étude s'est penchée sur la manière dont les logiciels implantés dans les pratiques cliniques pouvaient améliorer les conditions de travail dans le domaine de la santé. Comment avec les SI, la santé pourrait atteindre les objectifs de partage d'information dans un système fermé, dont le conservatisme semble être le maître mot du secteur ? Comment un système qui a été connu une logique conservatrice peut-il tendre vers une logique progressiste ?

Les technologies semblent être incontournables dans la recherche de solutions. De nos jours, nombreuses sont les organisations (hôpital, clinique) qui les adoptent et les développent dans le milieu médical.

Partant de notre terrain, qui est la clinique Sagesse de Rennes, nous avons constaté un fort de développement des logiciels allant dans le sens d'un partage souhaité de l'information. Ainsi, nous étudions le paysage informatique de la clinique au cours des trois dernières années, c'est-à-dire (2010 ,2011 et 2012) (Cf annexe 4). Nous notons que la clinique impulse une logique d'amélioration du système existant, en mettant en place de nouveaux logiciels ou en supprimant d'anciens logiciels qui présentent des manquements par rapport aux attentes prévues. C'est le cas par exemple du logiciel Actipidos, présenté depuis 2011 comme un logiciel caduc. Ainsi, des mesures importantes ont été mises en œuvre pour rénover le système. Nous pensons à la mise en place du logiciel HM qui vient remplacer Actipidos mais également Cursus 3, qui est devenu un logiciel très fiable dans la gestion de la traçabilité du sang, par conséquent recommandé dans presque toutes les organisations de santé en France (hôpitaux, cliniques, organisme de santé tel que l'EFS) (Cf. annexe 6).

Toujours dans cette logique d'innovation organisationnelle, nous avons compté au sein de la Clinique size logiciels en 2010, dix- huit en 2011 et dix- huit en 2012 (Cf. annexe 4)

Une démarche de prolongement d'une implantation est en cours, ainsi qu'un l'élargissement des logiciels sur d'autres pratiques : c'est le cas par exemple du projet 2012 sur l'informatisation du secrétariat médical, Messagerie Sécurisée, Dossier Obstétrique ou Dossier Spécialité. Ces métiers qui vont rentrer dans HM, prolongent ainsi les projets des années précédentes (Cf. annexe 4)

Dans cette logique de renforcement de dispositifs technologiques, nous avons appris auprès de beaucoup d'acteurs qui utilisent le système, que l'information qui est très importante dans le milieu médical était très restreinte entre les acteurs, et que attitude influait sur le développement de la qualité des soins. Ainsi, le développement de l'information et le partage de celle-ci semblaient être des indicateurs de mise en place des logiciels. L'information centrale pour le fonctionnement de la Clinique Sagesse :
Voici le témoignage d'une gestionnaire :

« Informer tout le monde est important aussi, parce que qu'il faut absolument arriver à une bonne information pour une bonne acceptation, donc effectivement informer, préparer, s'annoncent très important, pour informer les futurs utilisateurs ».
C'est dans cette perspective que nous allons porter un notre regard sur le concept d'information. Qu'est- ce que nous révèle cette notion d'information ? Sur quoi se fonde cette notion ? Quelles sont les exigences pour cette nouvelle dynamique des organisations de santé ? L'information est-elle nécessairement idée de partager ?
En effet, nous explorons ce concept d'information en faisant appel à la pensée de Wolton (2009). Il l'aborde ainsi :
« Il y a trois grandes catégories d'informations, par oral, image, texte, données, qui peuvent s'intégrer à n'importe quel support. L'information service en pleine expansion mondiale, notamment avec l'Internet. L'information-connaissance liée à l'essor des banques et bases de données. Reste l'information relationnelle qui traverse toutes les catégories et qui renvoie à l'enjeu humain de la communication » (Wolton 2009, p 20).

Ainsi, si nous mobilisons cette pensée dans notre étude surtout dans cette problématique de partage d'information à travers les technologies, nous pouvons aussi mettre en pratique ce que nous souligne Wolton à travers ces lignes. D'abord sur le concept de *l'information service*, nous pouvons l'assimiler au rôle que jouent les prestataires et concepteurs. Ces acteurs s'engagent dans des actions commerciales (ventes de services) donc, ils sont plutôt dans une posture de marketing d'un produit et l'information qu'ils développent reste centrée sur l'outil. Nous pouvons justifier ceci à travers ces mots :
« Actuellement on a plus de nouvelle avec l'entreprise mais c'est normal par ce qu'on n'a pas besoin. On a un numéro on peut les appeler si on a un souci et puis on a quand ici un soutien informatique (le pôle informatique de la clinique) ils sont extraordinaire, ils sont vraiment

sympas le moindre souci on les appelle, peut être eux ils ont plus de contacts avec l'entreprise que nous ». (Un informaticien de la Sagesse).

Cette situation nous a interpellé dans notre étude et en ce sens, nous pensons qu'il est important de réfléchir à ce qui a induit une telle situation. Pour reprendre la question centrale posée par Eugène Eucalyptus (2004) :

« Quelles sont les raisons d'une telle situation où, il faut bien le dire, les innovations réelles ne sont pas les plus nombreuses ? (2004, p 90°) ». L'auteur tente d'ouvrir des pistes stratégiques de recherche en mettant en lumière un axe sur lequel le chercheur doit se pencher sur ce qui concerne l'innovation :

« Tout d'abord il convient d'essayer d'appréhender les motivations et stratégies derrière le développement de tel et tel produit » Il poursuit :

« Le problème ici est moins de voir des stratégies de recherche centrées sur des pathologies répandues pour lesquelles il existe déjà des traitements satisfaisants que des stratégies de rentabilisation de recherche qui viseraient en cas d'échec relatif à envisager la commercialisation comme s'il s'agissait d'une réussite pleine et entière. Au regard des sommes engagées, si l'innovation escomptée n'est pas au vu des résultats cliniques- au rendez-vous, elle peut l'être grâce au marketing » (2004, p 91)

Tout cela pour tenter de faire d'autres facettes de l'innovation, en particulier l'innovation technologique. En effet, outre l'aspect économique nous mettons en évidence aussi l'aspect marketing qui s'immisce de plus en plus dans le milieu de la santé cette logique médico-commerciale est parfois source de mise en cause dans le milieu sanitaire. Dés lors nous pensons qu'il est important de mener une brève réflexion sur ce concept de marketing, qui devient aujourd'hui incontournable dans le domaine de la santé. Actuellement, il semble que la santé soit largement tributaire de la stratégie marketing, en essayant de produire une vision renouvelée et cohérente du système de cloisonnement Ainsi, qu'entend-on par ce mot marketing ?

Etymologiquement le mot marketing désigne une *« Discipline qui cherche à déterminer les offres de biens et services en fonction des attitudes des consommateurs et à favoriser leur commercialisation » (source)* Partant de cette définition, nous pensons que ce terme marketing s'impose dans le domaine de la santé aujourd'hui.

Le marketing est lié à la propagande. Nous pensons que la propagande s'applique aux campagnes de réforme de la santé. En privilégiant la piste de « marketing social » qui est une alternative pour légitimer le terme de « marketing » dans le milieu sanitaire. Ainsi notre analyse entend faire la différence entre le marketing qui est compris comme étant de la

propagande, et le marketing social qui va dans le sens de l'utilité sociale. Ces deux notions méritent d'être distinguées.

Des éléments de notre terrain vont étayer ceci. En effet, dans le changement technologique, les utilisateurs perçoivent très mal le choix d'un outil par la direction ou par un informaticien, soupçonnés de complicité avec des entreprises qui veulent juste « vendre leur produit ». Ainsi se pose la question importante de la légitimation de la mise en place d'un outil technique. En ce sens le premier facteur qui peut sembler important est l'absence de transparence dans le choix d'un logiciel. Comment rendre le choix d'un logiciel pour assurer la transparence, essentielle dans la mise en confiance des utilisateurs ?

Pour tenter de répondre à cette question, deux facteurs nous semblent primordiaux, deux principes qui soutiennent l'action de communication : il s'agit notamment de la notion de « consultation » et la notion de « participation ». Par consultation, nous entendons une logique de concertation avec les utilisateurs en amont de la mise en place d'un outil, une phase pendant laquelle les acteurs concernés aussi bien les utilisateurs que les créateurs de l'outil seront dans un même espace pour discuter. Par participation, nous soutenons une démarche inclusive et participative et un recourt aux mécanismes de communication, qui peuvent accompagner les réformes de la modernisation de la santé.

Selon ces concepteurs de « l'informatisation médicale partagée », il convient d'optimiser la transparence, qui semble être une option des utilisateurs qui utilisent l'outil, et qui défendent l'éthique de la gestion interne des ressources médicales. La transparence semble être un vecteur utile pour la validation d'une logique marketing dans le secteur de la santé, qui est toujours en quête d'efficience. Donc promouvoir la transparence constitue un axe essentiel dans la politique d'encouragement de l'informatisation de la santé.

Enfin, nous pensons que la mise en œuvre de la transparence intervient pour favoriser l'émergence d'un changement, et consolider le lien entre les acteurs diversifiés. Nous pensons que pour y parvenir, la santé a besoin de renforcer et d'encourager les comportements communicationnels qui veilleront au respect des principes éthiques et de déontologie qui constituent les valeurs fondamentales de la santé. Alors que les utilisateurs comprendront mieux l'action des concepteurs, des informaticiens, et autres acteurs considérés souvent comme ceux qui incarnent la dimension technique, la dimension dénuées de valeurs éthiques à leurs yeux.

En définitive le marketing social qui se développe aujourd'hui dans le domaine de la santé est entendu dans une démarche de rupture nécessaire pour bâtir la confiance entre des utilisateurs.

Ainsi, dans la problématique de partage de l'information entre les acteurs de santé, nous avons voulu étayer ce concept de *« l'information –service »*. Nous avons voulu éclairer le fait que le partage d'information reste très linéaire dans l'étape de mise en place. Les utilisateurs souvent se sentent peu impliqués dans les instances de décision lors de la mise en place d'un outil, à tel point qu'ils considèrent que l'une des priorités des prestataires de logiciels serait de vendre leurs produits. Dans ce contexte émerge juste la notion *d'information-connaissance*. Le développement technologique marqué par la mise en place de plusieurs logiciels au sein de la clinique, et l'information est définie comme source de « résolution de problèmes » et elle est également « canal de transmission de connaissances ».
Nous soulignons ainsi, une tendance à réifier l'information technologique, ce qui est transforme la prise en charge des patients.

1.1.1 Les transformations socio-médicales : une nécessité ?

On peut d'abord se poser la question : pourquoi devrait-on se servir des technologies de l'information et de la communication pour intervenir dans les pratiques professionnelles de santé mais également pour moderniser le milieu de la santé ? Nous n'envisageons pas d'apporter une réponse générale qui serait applicable dans tous les secteurs de la santé, mais nous nuançons notre réponse en essayant de comparer ce phénomène avec la période de l'imprimerie et la révolution du milieu de la santé publique induite par l'arrivée d'Internet.
Ainsi, comme ce fut le cas lors de l'invention de l'imprimerie, l'arrivée progressive des nouvelles technologies de l'information et des communications à la fin du XXe siècle, dont l'Internet qui est en quelque sorte la colonne vertébrale, est en voie de bouleverser en profondeur la manière dont les humains communiquent. Encore plus fondamentalement, dans le champ de la santé comme partout ailleurs, l'Internet transforme radicalement les conditions de production et d'utilisation du savoir et la vision de la réalité. En effet, au delà de la capacité à communiquer instantanément et simultanément avec un ou plusieurs interlocuteurs partout sur la planète, l'Internet fait que les frontières entre la réalité « réelle » et la réalité « virtuelle » s'estompent de plus en plus, en particulier pour les jeunes générations. L'intervention en santé publique s'en trouve transformée. Tel qu'il est souligné par Joëlle Kivits, Catherine Lavielle et Christine Thoër 2009 :

« Depuis plusieurs années, l'internet a investi le champ de la santé transformant les processus de construction et de circulation des savoirs, les relations entre les acteurs et les pratiques de santé. L'internet comme source d'information du public, sur les maladies, les traitements, les facteurs de risques, les ressources professionnelles et les établissements d'une part et, d'autre part, l'internet comme outil de travail collaboratif pour les différents professionnels de santé, engendrant une réorganisation de certaines pratiques professionnelles, figurent parmi les deux principaux axes de transformation, connus et reconnus par les professionnels et les chercheurs du champ de la santé publique » (2009, p 7).

Nous mettons en évidence que c'est dans cet esprit que les systèmes d'information occupent de plus en plus le milieu de la santé. Cependant contrairement à l'Internet qui concerne aussi bien les praticiens de la santé que les populations qui l'utilisent pour s'informer sur leur santé, les systèmes d'information ont un fonctionnement au sein d'une structure de santé qui ne concerne que les professionnels de santé. Concrètement, les technologies de l'information et de la communication sont envisagées de deux façons assez différentes dans le milieu de la santé.

Citons d'abord les technologies qui se situent autour de l'Internet et qui facilitent la communication entre les patients et les professionnels de santé, mais aussi qui est devenu un outil principal pour un patient qui veut connaître sa maladie, avant même de consulter un médecin. Ces technologies permettent la transmission rapide de très grandes quantités d'informations. Parallèlement des applications informatisées, se sont développées de façon très importante dans les pratiques cliniques et administratives, favorisant ainsi la mise en réseau des soins des patients. Cependant, dans la plupart des structures de santé, le réseau est centré en interne c'est – à – dire entre deux services d'une même structure c'est le cas par exemple du logiciel Hôpital Manager (HM) qui articule trois services à la clinique La Sagesse, pour assurer les soins et les prescriptions des médecins chirurgiens et anesthésistes.

Le réseau peut également toucher l'extérieur même de la structure de santé comme c'est le cas avec CURSUS 3, qui repose sur la transmission d'information sur les transfusions, qui se font dans les services mais, avec l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Nous pouvons redéfinir ces deux logiciels HM et CURSUS 3 comme des outils allant du simple échange d'informations à une mise en relation de deux établissements de santé (la clinique La Sagesse et EFS).
Ainsi, dans cette dynamique, nous voulons insister sur la notion de mise en relation. En effet qu'appelle-t-on mettre en relation deux individus, deux organisations ? Est-ce que la mise en relation dépend uniquement de l'objet technologique ?

Partant de notre terrain, nous avons très souvent assisté à une utilisation de la notion de « mise en relation » offrant une vision des acteurs. L'utilisation de cette notion associe le réseau à canal de transmission de l'information qui se réalise à travers un simple objet technologique. HM est censé relier toutes les fonctions des services de soins. Par exemple, la prise de médicament doit déclencher une organisation du travail des soignants. Cette logique va dans le sens de la modernisation des structures de santé. Voici certains témoignages à l'intérieur de la clinique:

« Il faut absolument pour l'établissement que l'on puisse suivre les nouvelles technologies. C'est vrai que dans le cadre de la modernisation il faut suivre les nouvelles technologies même si le monde de la santé est très en retard. Si l'on compare avec l'industrie, le monde de la santé est très en retard ».

« La modernisation repose sur l'informatique et toutes les nouvelles méthodes de soins qui participent à la modernisation de l'hôpital. Je vois ça plutôt d'un bon œil, je pense que c'est plutôt une bonne chose de travailler avec des outils de son temps ».

« En étant que professionnel de santé pour nous ce qui pourrait être la modernisation c'est en fait tous les supports informatiques. En tant que professionnel de santé je pense que ce qui a été au départ difficile de la mettre en place, mais dans la prise en charge des patients c'est plutôt les supports informatiques »

A travers ces propos recueillis auprès de différents acteurs et de corps différents, nous constatons que la modernisation selon eux doit passer forcément par les technologies de l'information et de la communication, et donc, qu'il faut informatiser les pratiques.

Ainsi, la question du « Pourquoi », sur l'expansion des systèmes d'information dans le domaine de la santé, semble être justifiée par les professionnels de santé eux-mêmes qui connaissent bien leurs pratiques. Nous les avons rencontrés sur le terrain, ils ont témoigné leur volonté de travailler avec les outils plus modernes.
Par ailleurs, cette légitimité de la modernisation via les systèmes d'information dans le milieu de la santé s'appuie sur des lois et décrets mis en place depuis les années 70 à nos jours. Ainsi *« La loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »*. Ainsi depuis cette date et du fait de l'expansion des technologies de l'information et de la communication à partir d'années 2000, le milieu de la santé et le travail des professionnels prennent en compte les aspects juridiques portant sur l'informatique tel que le prévoit ce décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique » (Cf. annexe 10)

Comme nous l'avons constaté, la modernisation qui touche les organisations sanitaires s'inscrit dans une amélioration de la sécurité du service public tel qu'il est relaté par Référentiel Général de Sécurité (RGS). Ainsi :

« Le 2 février 2010, ***le décret dit « RGS »****, faisant suite à l'ordonnance du 8 décembre 2005, vient fixer les règles que les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics à caractère administratif, les organismes chargés de la gestion d'un service public administratif doivent respecter lorsqu'ils mettent en place un système d'information »*.

Nous comprenons à travers ces décrets qu'une initiative existe pour développer des mesures de sécurité dans les organisations publiques, qui doivent s'adapter à démarche. Celle-ci est plutôt désignée par ce que les acteurs de la santé nomment : Les principes de bonnes pratiques reposant sur la: *« Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L. 1223-3 du code de la santé publique »*. Ce décret a mis en exergue plusieurs articles (article 1, 2, 3,4).
La présente décision a pour objectif de définir les principes des bonnes pratiques transfusionnelles dont « *se dotent les établissements de transfusion sanguine (ETS) de l'Etablissement français du sang (EFS), le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA) et les établissements de santé (ES) autorisés à conserver et distribuer ou délivrer des produits sanguins labiles (PSL), conformément aux dispositions de l'article L. 1223-3 du code de la*

santé publique » (Cf. annexe 10) Ce que nous pouvons ressortir de ce procédé c'est que les systèmes d'information semblent être incontournables pour assurer la bonne pratique des transfusions sanguines. Donc, cette décision :

« *Constitue un des outils visant à garantir la sécurité de la chaîne transfusionnelle. Sa conception permet d'intégrer l'évolution des connaissances et des techniques ».*

On entend souvent dire que la résistance des professionnels de santé qui est réelle dans la santé, c'est devenu un leimotiv des managers quand ils sont confrontés à des difficultés de changement organisationnel dans ce domaine et les médecins sont souvent accusés de « peur à l'informatique ». Pourtant ces témoignages recueillis auprès des médecins, réfutent donc cette pensée managériale, concernant la résistance à un outil technique de travail des médecins. Ces derniers nous ont toujours réaffirmé leur volonté de travailler avec les outils du moment. Nous nous posons alors la question de savoir quel est le véritable problème qui se pose entre ces deux niveaux (niveau macro et le niveau micro) ? Comment se fait la modernisation ? Qu'entend-on par prise de décision ?

Pour répondre à ces questions, nous éclairons la situation en nous centrant sur le « contexte ».

En effet, la notion de contexte a soulevé le débat autour des problématiques de changements technologiques dans les organisations, en général, et des organisations de santé en particulier. Plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer cette notion qui justifie le fondement de tout changement technologique dans le domaine de la santé (Carré et Dominique 2001, Bonneville 2007). Leurs constats collent avec la pensée de certains auteurs en l'occurrence des auteurs en communication qui pensent que prendre en compte le contexte facilite la mise en place d'une technologie. Nous faisons allusion à Orlikowski, qui défend l'idée selon laquelle:

« The use of computer-mediated communication technologies in organizations can be facilited by explicit contextualization of those technologies and their use partterns to particular and changing organizational circumstances over time» (Orlikowski, 1995 p 423).

Face à ces constats pensés autour de cette notion de contexte, susceptible de favoriser un changement technologique, il convient d'éclairer sur ce qu'on entend par contexte dans le domaine de la santé en particulier. Carré et Dominique 2001, Bonneville 2007 ont expliqué la modernisation sur deux moments forts qui marquent le paysage sanitaire aussi bien en France qu'au Canada. Ainsi pour eux, il faut remonter vers la fin des années 70 et début des années 80 pour comprendre les nouvelles réalités qui se dessinent dans le domaine de la santé. En effet, notre étude exploratoire nous a permis de ressortir plusieurs facteurs que ces auteurs ont

soulevés dans leurs travaux, afin d'expliquer les raisons des technologies de l'information et de la communication dans la santé. Pour eux, elles se traduisent par les trois facteurs suivants

Dans un premier temps dans les années 80, la crise du système de santé qui se manifeste en France par l'histoire du « sang contaminé ». Dans les autres pays, notamment le Canada, la crise sanitaire s'explique par la croissance des indicateurs de dépenses.
La crise profonde du système de santé due à la croissance des dépenses publiques de santé, l'augmentation de la demande de soins, la diminution relative du personnel médical, les changements démographiques notamment le vieillissement de la population. Des indicateurs ont été pensés par des spécialistes en santé publique pour le système de santé français.
Des politiques restrictives ont été mises sur pied, elles ont pour préoccupation de trouver des solutions à la crise vers les années 80, une nécessité que les politiques considèrent comme indispensable pour gérer la crise dans le milieu de la santé.
Parallèlement à une politique néo-conservatisme, nous assistons à des politiques néo-libérales pour mettre en place une solution à la crise. Depuis les années 90 jusqu'à aujourd'hui des préoccupations vont dans le sens d'une réorganisation de la santé qui se traduit par deux grandes perspectives : le « Virage ambulatoire » et l'implantation des technologies (Bonneville, 2007, p. 351-372).

Ces situations de crise préoccupent les acteurs de santé et favorisent la mise en place de politiques restrictives qui tendent à instaurer un nouveau système que nous nommons « néo-conservatisme ».
Nous comprenons à travers ce terme que nous nommons ici système néo-conservatisme, un système qui conserve tous ces valeurs tout en tendant vers une ouverture avec des nouvelles pratiques du monde moderne, c'est-à-dire un système qui veut faire face à la rationalité économique, technologique, politique etc. Ainsi le secteur de la santé vit une révolution totale en s'ouvrant vers l'extérieur, en travaillant en réseau tout en essayant d'incarner une logique conservatrice. Il devient alors nécessaire de se poser des questions: l'arrivée de ce nouveau système néo-conservatisme serait-elle là pour trouver une solution à la crise des années 80 ? Quelles sont les préoccupations de ce système qui occupe de plus en plus le domaine de la santé ? Quelles sont les raisons de la promotion d'un tel système ? Quels sont les enjeux pour le développement de la santé ?

Dans un deuxième temps, la nécessité de trouver une solution à la crise. Cette nécessite favorise également ce qu'on a appelé précédemment le néo-conservatisme. Nous assistons ainsi dans la plupart des pays industrialisés à la mise en place des politiques restrictives. Celles-ci se traduisent en France par la mise en place de nouvelles méthodes de travail, à savoir, la tarification à l'activité (T2A) et la désinstitutionalisation des soins (le « virage ambulatoire », le développement de l'auto-soin, les discours sur la responsabilisation des patients et des soignants. Dans cette préoccupation d'améliorer la santé des patients, de nouvelles collaborations entre les hôpitaux français se multiplient de plus en plus. Une démarche qui va au-delà même des frontières. En effet avec le développement de la télésanté ou la télémédecine, le milieu de la santé fait face à de nouvelles coopérations. Des coopérations internationales en télémédecines se développent. C'est le cas de la coopération franco-québécois en télésanté, la coopération européenne qui prône une coopération médicale et une mobilité des transfrontalières des patients. Exemple : la coopération transfrontalière France / Italie : des projets e-santé menés sur le massif franco-italien dans le cadre du projet ALCOTRA- Innovation. Le partenariat télésanté « Eurorégion » c'est le cas par exemple de la collaboration entre la Catalogne, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Baléares et Aragon. Il existe même des coopérations Nord-sud et spécificités de la télémédecine en pays émergents. C'est le cas par exemple du Mali et des USA en préparation d'opérations chirurgicales. (Cf. annexe 15.2)

L'exemple le plus remarquable de cette nouvelle pratique que la France développe avec ses expatriés, se place au niveau de l'orthophonie. En effet, aujourd'hui la téléorthophonie aide beaucoup les patients qui vivent hors de la France car c'est une pratique peu développée dans les autres pays C'est dans cette perspective que certains orthophonistes s'engagent dans pour soigner les patients à distance, ce qui entraîne ainsi l'émergence d'un nouveau concept : la téléorthophonie dans le monde. Ainsi tel qu'il est souligné dans cet extrait par un orthophoniste :

« Cette pratique de prise en charge orthophonique de patients, essentiellement francophones dans les régions du monde dépourvues d'orthophonistes (…). La téléorthophonie permet de prendre en charge très rapidement les pathologies du langage écrit ou oral, pathologies qui ne pourraient être traitées qu'au retour en France »

Ainsi, les transformations socio-médicales sont réelles et nous assistons à des nouvelles formes d'organisations dans le domaine de la santé. Des organisations nouvelles émergent

grâce aux technologies de l'information et de la communication, tel que nous l'avons signalé plus haut. Le domaine de la santé développe donc le travail à distance, et avec le management 2.0, la santé entre dans cette logique de travail à distance, et de télétravail. Un phénomène qui se manifeste de plus par l'usage de certaines applications : télésanté, téléconsultation, télésurveillance, téléassistance, téléorthophonie, (cf., annexe 15), bref de nouvelles méthodes de travail qui nous poussent à nous poser ces questions : La santé doit elle se dépasser pour avancer ? Cette nouvelle façon de soigner recherche-t-elle de la performance ? Dans quelle mesure ces nouvelles pratiques ont-elles fait évoluer les relations avec les autres intervenants ? De quelles façons ces acteurs collaborent-ils entre eux ?

En effet, notre posture en tant que chercheur en communication organisationnelle, nous oblige à se poser de telles questions susceptibles d'être abordées par certains auteurs dans ce domaine. Nous pensons que l'idée de la modernisation de la santé se centre plus sur ce phénomène qui est la modernisation, que sur le processus de la modernisation. Une telle démarche réifie la notion de modernisation. Il convient alors de s'intéresser à des éléments qui sont essentiels pour moderniser la santé et qui vont participer à transformer les pratiques que nous avons soulignées plus haut. Ainsi nous pensons que la modernisation de la santé favorise les notions de coordination, de collaboration, de coopération. Ces nouvelles préoccupations ont pour objectif de réduire les dépenses de santé et de résoudre le déficit annuel à terme. Autrement dit, dans ce contexte de modernisation, il devient nécessaire de mettre en place une solution pour sortir de ces déficits. Par conséquent, cette logique est souvent dénoncée :
« *Les analyses en la matière se sont avérées nombreuses, mais trop souvent elles se sont inscrites dans une perspective fonctionnaliste ou évaluative où l'intention principale était de «juger» de la pertinence des différentes mise en réseau des soins, en fonction d'indicateurs économiques, financiers prédéterminés. Au-delà de ces différents constats et analyses, plusieurs questions demeurent en suspens* » (Bonneville 2008).
Ainsi l'accent a été mis sur la nécessité de trouver une solution aux problèmes de santé.
En France, vers les années 2000 malgré le fait que ce soit l'un des pays qui incarne le meilleur système de santé, la France a voulu moderniser ce secteur à l'instar des autres pays industrialisés. La modernisation dépend intrinsèquement aux technologies de l'information et de la communication.
L'arrivée des technologies dans le domaine sanitaire a permis ainsi la réorganisation des pratiques de santé en général. Un changement structurel se heurte à plusieurs logiques

d'acteurs structurantes : clinico-organisationnelle, socio-professionnelle et technique (Tine, 2008)

On assiste à la mise en place de nouveaux logiciels dans les activités cliniques comme c'est le cas dans notre terrain d'étude. La réorganisation repose également sur de nouvelles méthodes de travail rendues possibles par les technologies. Nous pouvons citer notamment du « virage ambulatoire » qui se pratique de plus en plus dans les hôpitaux en France.

Tout cela soulève de manière très aiguë des enjeux aussi bien en termes de gestion qu'en termes de profession. Cette question met en évidence deux logiques (Grosjean &Bonnville, 2007) celle d'enjeux financiers et techniques d'une part, et d'autre part des enjeux politiques. Á cet égard, le souci de moderniser la santé par des nouvelles techniques de travail, mais aussi, le souci de réduire les coûts va à l'inverse des besoins des professionnels de santé qui ne considèrent pas ces mesures comme une priorité dans le domaine de la santé.

En 2005, une autre forme de modernisation de la santé, a vu le jour dans les établissements privés de la santé. La Tarification à l'activité ou T2A, vient s'ajouter aux principes de modernisation de la santé. Dans cet esprit de réorganisation des soins, il convient bien saisir, pour nous chercheur les opportunités offertes par TIC pour transformer les façons de faire, les pratiques, les organisations de soins, visant à intensifier le travail des professionnels de santé , à réduire les coûts des services de soins , une logique néo-conservatisme s'installe et justifie le phénomène d'informatisation, qui devient un instrument clé dans la modernisation de la santé et dans la rationalisation, des pratiques des professionnels de santé (Bonneville, 2005).

1.1.2 SI : quelles transformations socio-organisationnelles et socio-médicales ?

L'instrumentalisation par les technologies de l'information des milieux de la santé et l'application les nouvelles méthodes pour ces organisations, sont liées à une économie de la connaissance, du savoir, et savoir-faire. La construction de la connaissance qui repose sur l'immatériel. Cette logique d'innovation occupe de plus en plus le milieu de la santé et est appuyée fortement par les technologies de l'information et de la communication. De nouvelles applications notamment la télésanté, télémédecine, téléconsutation, soins en réseau, wifi-patient, tarification à l'activité (T2A), qui font que la santé devient de plus en plus virtuelle, d'où la nouvelle appellation : e-santé.

Force est de constater que ces nouvelles méthodes de travail tendent vers une adaptation des besoins de la société d'aujourd'hui, où la notion de performance est étroitement liée aux

savoirs et connaissances transversaux. Les organisations les plus diverses, y compris les administrations publiques, les organisations non, gouvernementales, les associations, voire les familles, sont invitées à adopter une sorte d'attitude managériale, autrement dit à gérer leur budget et à prendre des décisions comme s'il s'agissait d'une entreprise. Le milieu de la santé tente de se conformer à ces nouvelles réalités. Cette conception rationaliste de la modernité transparaît dans toutes les organisations publiques. Dans ce contexte une question fondamentale nécessite d'être posée :

« Quelles sont les transformations socio-organisationnelles et socio-médicales, que posent les technologies de l'information et de la communication » ?

Telle que nous l'avons posé, la modernisation de la santé par les TIC entraîne forcément une transformation aussi bien organisationnelle que médicale. Il nous reste à étudier la dimension sociale de la modernisation.

En 2000 en France, on a eu un tournant décisif en ce qui concerne la modernisation de la santé (malgré la crise sanitaire des années 80 avec l'histoire du « sang contaminé »). La modernisation pose des problèmes aussi bien structurels et conjoncturels qui freinent ainsi son développement ou bien même qui entraînent un refus catégorique de l'acceptation du phénomène. Si nous nous mettons dans le contexte français, les projets technologiques dans le domaine de la santé se heurtent à d'énormes difficultés malgré les lois et les décrets qui fondent les projets de changements technologiques et organisationnels.

A partir de 2006 ce qui nous intéresse, c'est d'étudier les transformations organisationnelles et médicales, et de voir les lois et les décrets dans ce secteurs Nous faisons référence aux textes législatifs « Hémovigilance » qui portent sur la traçabilité de la transfusion sanguine. En effet, depuis 2006 des actions sont menées par le ministère de santé, et ont pour but de tracer les bonnes pratiques de la transfusion sanguine. Ces actions ont été dirigées par le directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé (AFSSPS), le Parlement Européen qui avait mis des directives depuis les années (2001, 2002, 2003,2004, 2005), pour établir des normes relatives à la qualité et la sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain et des composants sanguins (Cf. annexe). D'autres avis d'autres structures ont été pris en compte dans cette réorganisation des activités de transfusions, nous pouvons citer notamment : le code de la santé publique, l'avis de l'Etablissement Français du Sang, l'avis du centre de transfusion sanguine. Donc, ce sont ces différentes organisations qui prennent des décisions dans la transformation des activités médicales (Cf. aux annexes 10.1, 10.2, 10.3).

L'ensemble de ces projets de transformation socio-organisationnelle et socio-médicale nous intéresse ici, dans notre étude, pour le volet social c'est-à-dire pour la dimension communicationnelle portant ces prises de décision, ces transformations.

Dans notre recherche, sur plusieurs textes élaborés par les ministères en l'occurrence, le ministère de la santé, le ministère du budget et autres, nous sommes arrivée à un constat général qui le suivant : dans la démarche de ces organismes, le terme de communication se résume uniquement comme un moyen de communication tel qu'il est illustrer dans les lignes suivantes :

« Toute équipe de collecte dispose d'un moyen de communication avec l'établissement de transfusion sanguine dont elle dépend ».

La communication reste alors un outil ou même un support de travail sans penser un mode d'accompagnement des transformations. Par exemple ; un document médico-administratif, il comporte quatre éléments : Le dossier du donneur, le questionnaire, la fiche de prélèvement et la carte du donneur. Ce sont des artefacts qui permettent de s'informer, et qui représentent un simple moyen de communication. C'est dans cette optique que peuvent être perçus les systèmes d'information, mis en place dans la démarche de l'Hémovigilance :

« Le système d'information regroupe tous les éléments nécessaires au recueil, la gestion et la diffusion des informations dans une organisation. Il assure l'irrigation des systèmes amont et aval (système de pilotage et système opérant) afin de mettre en œuvre les fonctions accomplies par l'organisation. Le système d'information intègre, par nature, toutes les données informatiques de l'organisation. Les données du système d'information non informatisées agissent sur le système informatique par le biais des utilisateurs. Le système d'information participe aux activités transfusionnelles (prélèvement, préparation, qualification biologique du don, distribution et délivrance) et permet les articulations entre ces activités et celles, d'autres domaines, imposées par la réglementation » (Cf. annexe 10.3)

Nous voyons que cette transformation organisationnelle se limite qu'au système d'information, aux mesures juridiques imposées par la réglementation, tel que c'est indiqué dans cet extrait. A nous ici de rechercher dans quelle mesure les aspects humains sont à mettre en avant : cela nous permettra de nous interroger la fiabilité des systèmes d'information : que dire des bugs ?

Dans les situations de panne et de bugs du Système d'Information, la dimension humaine reste centrale pour résoudre les problèmes. Nous illustrons les défaillances du système telles qu'elles sont prévues par la réglementation :

« En cas de défaillance ou de panne, y compris avec un éventuel impact sur les données, des mesures correctrices testées et validées sont établies pour faire face au problème rencontré en fonction du degré d'urgence défini. Dans les cas impliquant l'arrêt du système, une procédure de fonctionnement en mode dégradé est établie ».

Le « mode dégradé » fait allusion aux actions des utilisateurs pour relever le défi. Ainsi dans notre travail c'est ce que nous entendons par transformations socio-organisationnelles et socio-médicales, car c'est à partir de cette étape que ressort l'action des acteurs. Nous illustrons ceci à travers les propos recueillis lors de notre enquête de terrain :

« Il faut qu'on s'assure qu'on ait les sauvegardes nécessaires qu'on puisse on va dire partir d'une sauvegarde quand on a un souci, avoir un mode dégradé c'est- à – dire que si jamais on a une coupure informatique, comment doit –on réagir et quels sont les outils que l'on a et puis effectivement si on souhaite enregistre une donnée et donc la donnée elle sera enregistrer »

Tel que nous l'avons constaté, les Systèmes d'Information, quand ils sont en bonne marche, n'impliquent pas la participation de l'acteur, d'où alors la réification des systèmes d'information, mettant ainsi l'humain à la seconde place. De ces constats, découlent une autre question centrale : communique-t-on mieux avec les systèmes d'information dans le domaine de la santé ?

En définitive, nous pensons qu'il est important de repenser « la prise de décision » dans la modernisation de santé. Nous pensons qu'il est important dans cette étude de définir la notion de décision dans une perspective communicationnelle. La prise de décision repose-t-elle sur une convergence d'idée ou d'un système ?

1.1.3 Un système convergent : une solution ?

Aborder la notion de « convergence » exige à réfléchir sur une question principale qui est la suivante : Que dire de la rationalisation ? Etudier ce phénomène, nous amène repenser le processus de la prise de décision qui concerne la modernisation d'une structure de santé. Un système convergent entend regrouper dans un même logiciel toutes les procédures du travail, toutes les activités. Ainsi dans cette partie nous tentons de définir le concept de la prise de décision tel qu'il est conçu par certains auteurs. En effet selon certains auteurs (Grosjean, Gramaccia et autres) le processus de la prise de décision se fait sur un espace de communication susceptible de faciliter la coordination des actions. Pour ce faire, il convient

de mettre l'accent sur pratiques les langagières au travail. Or, nous constatons que les décisions prises par les décideurs dans le cadre de la modernisation de la santé via les systèmes d'information se font en amont et sous la direction de la tutelle. Ce qui risque d'exclure tout acte langagier entre les décideurs et les professionnels de santé. Or, cette démarche risque de nier une évidence selon laquelle, l'organisation reste un lieu de parole. Ainsi que de plus en plus ce phénomène s'intensifie dans les organisations de santé. Une intensification qui se justifie sur deux constats :

Constat d'une transformation profonde du travail et des organisations productives : l'informatisation massive des activités de travail. L'une des conséquences de ces changements est la croissance remarquable des activités qui reposent sur deux évidences :

1) langagières (communiquer, lire, écrire, délibérer, coopérer, rendre compte)

2) cognitives (raisonner, mémoriser, traiter l'information, interpréter, décider)

En définitive, des activités qui sont en outre de plus en plus souvent collectives et médiatisées par les TIC. C'est exactement ce que nous appelons dans ce travail la rationalisation des pratiques médicales qui est l'un des piliers centraux des politiques de modernisation de la santé. Elle s'inscrit dans une réorganisation des soins à travers la mise en place technologies de travail. C'est dans ce sens qu'il faudrait comprendre l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé.

Il s'agit de mettre tout dans un seul système. Autrement dit le TOUT INFORMATIQUE (Carré & Lacroix 2001). De plus en plus les hôpitaux sont confrontés à des phénomènes de rationalisation dans les pratiques cliniques. (Rappelons qu'il faut comprendre l'informatisation de santé sous deux aspects : l'aspect administratif et l'aspect clinique).

Ainsi si la modernisation repose sur des niveaux plus macro, la rationalisation est à comprendre sous deux niveaux : le niveau méso qui concerne la rationalisation « clinico-administratif » et le niveau micro qui touche uniquement la partie « clinique ». En gros, la rationalisation repose sur les aspects microsociologiques. Il s'agit ainsi de repenser les pratiques internes des professionnels de santé. Un phénomène qui se généralise dans toutes les structures de santé et dans cette mouvance la Clinique n'est pas en reste.

Nous pouvons le justifier par ce témoignage fort d'une infirmière anesthésiste référent d'Hémovigilance :

« Tout converge vers moi (infirmière anesthésiste) pour la saisie. En effet ici tous les médecins infirmières et sages femmes transfusent. Ils sont sensés tous savoir saisir sur CURSUS. Mais quoi qu'il arrive, qu'ils saisissent ou qu'ils ne saisissent pas, il y'toujours la traçabilité papier minimum qui me parvient à moi. En fait moi je vérifie tout. Toutes les transfusions soit qu'elles sont faites et il trouve qu'elles sont saisies sur CURSUS soit je vérifie que ce n'est pas fait ».

En effet, la Clinique La Sagesse est au cœur de la rationalisation de ses pratiques. Un phénomène qui détient plusieurs sens au sein d'une même organisation. C'est dans ce contexte que nous voulons éclairer sur cette notion de sens que les acteurs accordent à ce phénomène. Car nous considérons que nous devons porter notre attention en tant que chercheur sur le sens que les acteurs perçoivent sur un tel outil ou une nouvelle méthode de travail. Voici les propos recueillis sur le terrain :

« Dans la réorganisation la dimension importante repose sur le partenariat. Je trouve que c'est bien d'implanter du nouveaux matériels, mettre en places des nouvelles choses c'est très bien mais il y'a un manque de dialogue et ça c'est dommage parce que là les difficultés que trouvent les médecins ce n'est pas en effet de la mauvaise volonté, car je trouve que vraiment ils mettent du leur, mais ça prouve que il y'a pas eu de concertation en amont. Et c'est dommage. Je trouve avant de bouleverser car c'est bouleversement total car ça change complètement nos pratiques de travail donc avant de bouleverser il faut être sûr quand même d'avoir le bon matériel, et puis ne pas imposé toutes ces choses là aux gens qui vont l'utiliser en permanent. Je trouve ça devrait être un travail de partenariat. Un travail d'équipe. Et qu'il ne soit pas certaines personnes qui imposent, sans concertation et je trouve ça dommage. J'ai l'impression pour HM y'a pas eu de dialogue autant CURSUS, nous qui sommes responsable de l'Hémovigilance on a été quand même bien concerté, vraiment nous qui sommes utilisateurs on s'est renseigné sur quels outil on pouvait utiliser et je pense que HM, j'ai l'impression que les médecins n'ont pas été vraiment concertés, sur le choix d'HM ».

Ce qui ressort dans ces propos se résume essentiellement en un seul terme qui est le mot de « partenariat ». Pour cette infirmière, qui s'inscrit dans le niveau « micro », le partenariat est quasiment absent dans la rationalisation du système de santé négligeant ainsi toutes les modalités de communication, à savoir le dialogue entre les acteurs. Elle nous précise que cette notion de partenariat est fondamentale, et pour elle le succès même d'un changement

technologique et organisationnel est lié à cette notion. En comparant les deux outils qui sont installés dans leurs pratiques, elle nie complètement toute sorte de réticence potentielle des professionnels, bien au contraire, elle considère que les TIC qu'incitent à la motivation et la volonté de ces acteurs de travailler avec ces outils. Sauf le manque de synergie concernant la rationalisation des pratiques par l'outil HM. En d'autres termes, pour elle, HM ne crée pas une force cohésive dans un ensemble, mais les acteurs acceptent de l'utiliser quand même.

« Le partenariat est lié à la question du partage de l'information médicale, et soulignons que les termes de la modernisation et de rationalisation sont importants ». La dimension idéologique qui touche à ces deux termes est à analyser.

« Un changement idéologique accompagne les transformations actuelles des prises de décision dans les démocraties contemporaines. Ils passent par la valorisation constante et systématique de certains de thèmes : discussion, débat, concertation, consultation, participation, gouvernance » (Errecart, 2012).

Dans ce sens, il convient de réfléchir sur les processus de loi et décrets qui sont suivis par des prises de décision souvent contestées. De nombreuses formes collaboratives, ou partenariats, sont dictées par des logiques de changement idéologique. Autrement dit, si nous considérons que la modernisation et la rationalisation impactent sur les dimensions sociales, économiques, politiques, organisationnelles, ces dimensions sont aussi construites à travers des formes de collaboration spécifiques. Celles-ci sont remodelées par les acteurs politiques, économiques, sociaux. Nous constatons un effet « de boule de neige » entre ce que nous appelons ici les formes structurantes (politique, économique, organisationnelle…), et les formes de collaboration. Il important est ainsi de souligner la démarche de partenariat, qui s'impose dans ce que nous avons appelé dans ce travail « changement idéologique ». Il convient dés lors d'éclairer la notion de partenariat:

« La notion de partenariat, d'usage récent et issue du lexique économique contemporain, est en effet dotée d'une forte plasticité : ses acceptions multiples et son champ étendu lui permettent d'être utilisée dans de nombreux domaines. Les partenariats recouvrent donc des réalités très diverses et une hétérogénéité d'acteurs et de pratiques : ils touchent en effet des secteurs très divers et prennent des formes très diversifiées. Leur trait commun réside dans l'idée de « faire ensemble », et dans le fait de créer des liens sociaux à partir des projets opérationnels conduits conjointement » (Errecart, 2012).

Nous constatons que le secteur de la santé, en ce qui concerne les projets technologiques, devrait revoir sa démarche partenariale. La définition de la notion de partenariat repose sur une approche collaborative, or, il nous semble que cette approche reste absente au niveau du

processus de la prise de décision (notamment pour les aspects juridiques). Les lois et les décrets sont prédéfinis et ne prennent pas en compte les réalités et les pratiques quotidiennes du terrain. C'est ce que nous révèlent la plupart des soignants que nous avons rencontrés. Pour eux, cette notion de « partenariat » ne doit pas se limiter uniquement aux activités entre les soignants, mais doit porter le processus c'est-à-dire sur la prise de décision qui favorise les lois et les décrets, et qui en général n'implique pas les professionnels de santé.
Et donc parfois ces derniers ont du mal à comprendre le changement technologique. Cette situation soulève plusieurs incompréhensions dans les problématiques liées aux technologies dans la santé.

Dans le cas que nous étudions, nous sommes face à deux acteurs à la Sagesse: l'un qui se situe au niveau macro qui comprend bien l'apport de la technologie dans le travail d'un utilisateur, et l'autre, qui se situe au niveau micro et qui ne saisit pas l'aspect positif de la technologie, et se retrouve dans une situation de crainte. Ainsi face à ces constats, nous mettons en lumière le décalage de la conception de la technologie entre l'acteur macro et l'utilisateur micro. Ainsi, il convient pour le manager de rechercher les formes de réconciliation entre ces deux niveaux et pour nous, de comprendre cet enjeu.
Partant de notre terrain, nous mettons en exergue la démarche du gestionnaire, très loin d'une démarche anticipative et de compréhension de l'outil. Dans ce sens, nous éclairons le fait que le manager devrait conceptualiser : l'interaction précède l'action. Nous pensons que cette démarche participative est essentielle dans la compréhension du changement. Pour conclure nous constatons que l'interaction, même entre les deux de logiques différentes a permis de réduire les craintes.
La coordination, la négociation doivent se faire en amont, ce qui limite toute résistance au changement organisationnel. Dans cette perspective, nous considérons que même si l'organisation est un système qui est ouvert à son environnement (Hatch, 2000, p. 52), en s'inspirant de nouvelles techniques de travail liées aux exigences des organisations post-modernes, nous croyons comme l'école de Palo-Alto (Bateson, et autres) que l'organisation est également un système de communication où se tissent des partenariats se déroulent les interactions entre les individus qui trouvent une convergence dans leurs actions. Dans notre cas ici, la direction juge que la rationalisation fait partie de leurs outils. Alors qu'au niveau des utilisateurs, la rationalisation des métiers, est moins bien perçue. Nous considérons dans ce sens que la communication reste un enjeu central, tel que l'énonce cette cadre à la Sagesse :

« C'est vrai qu'après il faut travailler sur le relationnel, il ne faut surtout pas brusquer en fait. Donc voilà on va dire que j'ai jeté en fait la problématique, j'ai lancé les questions et maintenant ça cogite ».

Elle définit un système convergent comme étant un système qui repose sur plusieurs pôles, et qui doit favoriser l'échange d'information, afin de réaliser des objectifs de modernisation issus d'une politique générale.

1. 2 Vers une facilitation des échanges entre établissements de santé

Après avoir abordé les actions du projet relatif au partage des SI, nous allons parler de la démarche d'échange des SI, qui est un indicateur principal des projets de modernisation de santé. Elle recouvre et structure la problématique de la sécurité qui implique un espace de confiance. Un espace dans lequel les acteurs pourraient échanger en toute sécurité. Donc, la sécurité repose sur l'échange dans cet établissement La Sagesse. Le projet de sécurisation des SI met en place un système cadré l'Agence National Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI). L'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information a été créée par le décret n° 2009-834 du 7 juillet 2009 (*Journal officiel* du 8 juillet 2009). Ainsi, la dépendance aux processus informatiques croît sans cesse avec le développement de la « Société de l'Information » :

« L'ANSSI a été créée pour mettre en place et développer ces diverses capacités. Elle est l'autorité nationale en matière de sécurité et de défense des systèmes d'information. Elle a pour principales missions d'assurer la sécurité des systèmes d'information de l'État et de veiller à celle des opérateurs nationaux d'importance vitale, de coordonner les actions de défense des systèmes d'information, de concevoir et déployer les réseaux sécurisés répondant aux besoins des plus hautes autorités de l'État et aux besoins interministériels, et de créer les conditions d'un environnement de confiance et de sécurité propice au développement de la société de l'information en France et en Europe ».

Ainsi donc l'ANSSI est liée au Référentiel général de sécurité (RGS) créé par l'article 9 de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005, relatif aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives. s'inscrivent dans Concernant l'RGS, ses conditions d'élaboration, d'approbation, de modification et de publication sont fixées par le décret n° 2010-112 du 2 février 2010, pris pour l'application des

articles 9, 10 et 12 de l'ordonnance citée relatif à la sécurité des informations échangées par voie électronique.

Ce que nous retenons de la préoccupation et des attentes de ces deux institutions ANSSI, RGS, c'est essentiellement la mise en avant de la sécurité dans l'utilisation des systèmes d'information dans la société. De ce fait, tel qu'il est souligné dans l'extrait ci-dessus, la sécurité est très liée à la confiance entre les acteurs. Un espace dans lequel les acteurs pourraient échanger en toute sécurité doit exister.

Ceci nous invite à réfléchir à la notion de confiance elle-même. La confiance est un terme défini par Louis Quéré, et Albert Ogien, dans une dimension interdisciplinaire. Ils soulignent que :

« *La confiance est, dit-on, un phénomène social sans lequel nous ne pourrions ni agir, ni interagir. Pour Simmel, « elle est de toute évidence l'une des forces de synthèse les plus importantes au sein de la société » : celle-ci se désintégrerait s'il n'y avait pas une confiance généralisée entre ses membres. Ce jugement n'a pas été démenti par les sciences sociales contemporaines, qui, à la suite de Luhmann ou de Giddens, considèrent la confiance comme un mécanisme de réduction du risque et de la complexité, qui installe un sentiment de sécurité propice au développement de la sociabilité. Les sciences politiques reprennent également cette définition : la confiance y est à la fois considérée comme une des conditions d'émergence de la démocratie et comme un facteur crucial à son fonctionnement, même si certains nient que la confiance soit un élément d'explication pertinent en politique. Et pour ceux des économistes qui ont introduit la notion dans leur discipline, la confiance est un mécanisme qui présente un autre avantage : celui de réduire les « coûts de transaction » liés à la recherche d'informations et aux contrôles réciproques que devrait provoquer l'incomplétude des contrats, quand ce n'est la crainte de la tromperie.*

La confiance apparaît ainsi comme un rouage essentiel aux sociétés modernes, dont certains pensent même qu'il est devenu indispensable à une époque où se multiplient les modes formels de régulation des transactions sociales (lois, codes, règlements, protocoles, normes, classements, etc.). Mais la permanence même de ce phénomène provoque l'étonnement : les sociétés contemporaines ne sont-elles pas des sociétés dans lesquelles prédominent les relations entre anonymes ? Comment la souffrance est-elle encore possible entre des personnes qui ne savent rien les uns des autres : sur quoi pourrait-elle reposer et qu'est-ce qui pourrait encore l'engendrer ? Et si l'action est si étroitement encadrée par des dispositifs

techniques de mesure et de contrôle, comment laisserait-elle encore place à l'ambiguïté et à l'incertain ? » (Quéré et Ogien, 2006 p. 8).

Ces définitions montrent que le phénomène de la confiance est précieux pour dans toutes les composantes de la société, à savoir le politique, l'économie, le social, la justice. En effet, les lois, les codes les règlements, les protocoles, les normes, bref les systèmes de régulation, sont toujours associés à la notion de confiance, dans les institutions et les organisations. Cependant cette notion est remise en cause de plus en plus dans les sociétés modernes. C'est le cas par exemple des nouvelles formes d'organisations. En effet, selon Quéré et Ogien, la confiance provoque l'étonnement dans les sociétés contemporaines. Les personnes entrent en interaction pour établir une relation de confiance, et. la confiance ne se limite pas aux mécanismes de régulation mais est liée à l'échange entre les acteurs se développer.

Nous analysons la situation des SI dans la société en général et dans le domaine de la santé en particulier, on note que travaillés par des mécanismes de régulation tels que les lois, les règlements, les décrets, les normes etc. Nous pensons que les SI dans les organisations incarnent une autre ère de l'organisation c'est –à-dire une organisation moderne marquée par la complexité et l'incertitude. Ainsi, la définition de la notion de confiance du point de vue des sciences humaines et sociales peut-être:

« Luhmann ou de Giddens, considèrent la confiance comme un mécanisme de réduction du risque et de la complexité, qui installe un sentiment de sécurité propice au développement de la sociabilité » (Quéré et Ogien, 2006 p,8).

Partant de cette définition, nous retenons que la confiance passe d'un modèle de régulation à un modèle de réduction de la complexité et de l'incertitude. Dans ce sens, il convient de s'interroger sur les mécanismes de réduction susceptibles de rendre moins complexes les sociétés contemporaines. Selon nous, les termes de complexité et d'incertitude qui définissent les organisations d'aujourd'hui marquées par la mise en place de nouvelles techniques et méthodes de travail, sont à relier à des aspects communicationnels. Dans cette perspective, l'espace de confiance est intrinsèquement lié à l'espace de communication à l'interne, comme au niveau inter-établissements. La confiance émerge et se développe dans un espace de communication qui viendrait réduire l'incertitude et la complexité qui occupent l'organisation. En effet l'espace de confiance tout comme l'espace de communication s'entrelacent dans les échanges entre les membres de l'organisation qui s'activent autour de

l'idée de la sécurité, indispensable pour la mise en place des SI. Dans espace de communication, la sécurité se fonde et s'inscrit dans les actions.

Notre étude des SI qui remonte de 2000, constatée une réification de ces outils qui permettent notamment d'échanger entre acteurs, d'un ou plusieurs établissements de santé. Ce que nous appelons réification, c'est le fait de mettre en avant la dimension technique qui néglige la dimension humaine ou communicationnelle de l'outil. C'est ainsi que tout au début, les projets de SI mettaient au centre la dimension technique. Nous avons constaté cela à travers les différentes recherches documentaires réalisées dans une revue de littérature qui aborde ce phénomène. Nous faisons ainsi allusion à toutes les lois, réglementations, normes qui accompagnent les projets qui structurent les dispositifs d'ordre technique et institutionnel c'est le cas par exemple de la mise en place des nouvelles organisations (ANSSI, RGS etc.) elles naissent dans le but de renforcer les SI dans la santé, mais complexifient ceux-ci. Ainsi, de 2000 jusqu'à 2010 en France, les SI dans la santé se heurtent à des problèmes d'ordre organisationnel. Cette situation n'épargne pas notre terrain qui, depuis 2007 a voulu mettre en place un SI (HM), mais la mise en place a été très difficile. Dans cette situation, s'agirait-il repenser la notion de dispositif ?

La notion de dispositif a été largement étudiée par Foucault dans sa dimension de pouvoir qu'il s'exerce sur l'activité. Il a été également abordé dans les travaux de Laurent Thévenot (2006) qui nous parle de *« dispositif des régimes du proche »*. Ces termes sont repris par Sylvie Thiéblemont-Dollet (2010) qui les considère ainsi :

« Etudier cette forme de dispositif du proche revient à appréhender les formes de mobilisations collectives qui y sont inhérentes et peut faire la preuve que ce n'est pas tant et seulement les mouvements fortement médiatisés associatifs ou autres qui influent d'emblée sur les plus petits, mais que c'est aussi à partir de ces derniers que de plus grands mouvements prennent corps et gagnent en notoriété » (Thiéblemont-Dollet 2010, p 214).

Dans cet esprit, nous assimilons les SI à cette forme de dispositif du proche comme étant une forme de dispositif communicationnel (échange, action, confiance, sécurité, complexité, incertitude ; etc) susceptible d'améliorer la connaissance des SI au-delà des connaissances informatiques. De plus, afin de mieux montrer les SI dans ses aspects sociaux, nous pouvons alors les définir comme des *« dispositifs des actions publiques »*, qui selon Sylvie Thiéblemont-Dollet peuvent être appréhendés comme suit :

« Ce dispositif équivaut à la mise en place et à la réalisation d'une forme d'action où la dimension publique et collective est présente, où la stratégie de communication est pensée afin de laisser une trace publique et où une démarche entreprise doit permettre au mouvement de s'imposer au cœur du système politique » (Thiéblemont-Dollet 2010, p 221).

Ce que nous retenons principalement de ceci, c'est que les SI doivent respecter toutes les problématiques de l'action et avoir une démarche publique, qui prend en compte pour les installer, le facteur humain. Il convient ici de revenir sur la spécificité des sciences de l'information et de la communication, pour analyser les problématiques des SI dans les organisations. En effet, nous avons plus haut abordé l'espace de confiance dans lequel les acteurs entrent en interaction en toute sécurité comme un espace de communication qui réduirait l'incertitude des acteurs. Dans ces conditions, nous considérons qu'outre les espaces : technique, politique, économique, juridique, qui structurent les SI dans le domaine de la santé, l'espace de communication pourrait constituer le cinquième espace, qui se définirait comme étant un cadre où se déroulent les interactions susceptibles de résoudre les questions d'ordre organisationnel dans le phénomène de modernisation de la santé par les SI.

1.2.1 Communique-t-on mieux avec les SI ?

En tout cas l'idée de rapprochement entre acteurs est centrale, dans le sens où l'objectif principal de la modernisation ou bien de la rationalisation est de permettre le décloisonnement des différents acteurs du système de santé, de mieux coordonner l'action des professionnels de santé, mieux coordonner l'action hospitalisée et l'action ambulatoire, mieux favoriser les parcours de soins, rendre le parcours beaucoup plus fluide (les parcours de ville). Ainsi donc la communication occupe un rôle central dans cette volonté de rapprocher non seulement l'activité de soins mais aussi les hommes de santé.

Dans ce sens, des orientations en Sciences de l'Information et de la Communication pour approcher les SI ont été bien précisées par Brigitte Guyot et Michel Durampart qui mettent en lumière ceci :

« Les Sciences de l'information et de la communication, lorsqu'elles étudient les systèmes d'information (S.I.), se situent nécessairement dans une posture interdisciplinaire tout en affirmant une spécificité. Il n'est jamais évident de traduire cette particularité qui entend aussi bien un SI comme un outil informatisé que non informatisé, à la conjonction du local et

du global, entre coopération au travail à partir d'un support ou de la traduction d'une activité qui identifie des acteurs et des relations à l'information » (Guyot et Durampart, 2008).

Ils mettent en évidence que l'articulation entre ces deux pensées, c'est-à-dire l'idée de considérer à la fois les SI comme un outil informatisé et non-informatisé, suppose d'inscrire les SI dans une démarche d'échange qui associe les différents espaces (technique, économique, politique social ; etc) qui fondent les SI. Dans le domaine de la santé où l'appropriation des SI est spécifique (l'articulation entre le domaine administratif et le domaine clinique), cette notion d'association d'espaces est centrale car les espaces y sont multiples.

Pour savoir si nous communiquons mieux avec les SI, prenons l'exemple des soins à domicile qui se développent de plus en plus dans les activités médicales. En effet, cette pratique met au centre le patient et son propre milieu et implique la nécessité de repenser la relation entre le soignant et le soigné. Il convient de regarder en tant que chercheur ces moments de la consultation médicale sous l'angle de la relation sociale entre le soignant et le soigné. Dans cette situation, on fait intervenir donc la dimension non informatisé des SI, qui se manifeste dans un espace de communication entre le soignant et le soigné.

Rappelons que dans les pratiques de soins à domiciles, le soignant intervient avec plusieurs outils (ordinateur, trousse, etc) dans le domicile du patient. Cette manière de faire interpelle le patient et son environnement (les aidants, la famille, les visites à domicile), que nous pouvons définir comme étant un dispositif appartenant à un régime du proche (Thiéblemont-Dollet 2010, Thévenot 2006), qui se manifeste dans la relation sociale, qui précede et accompagne la relation entre le soignant et le soigné. Celle-ci est définie par Gergen :

« En mettant l'accent sur la communication – entre la relation entre le soignant et le soigné les relations se réalisent, se transforment et se définissent dans et par l'ensemble des dialogues que les individus entretiennent » (Gergen, 1999).

Dans cette perspective la question qu'il est possible de poser dans le cas des soins à domicile est la suivante : Qu'est-ce que la consultation médicale à domicile et quel est le rôle de la communication dans cette consultation? Nous avons déjà souligné que la consultation à domicile repose sur un dispositif plus large, qui ne se résume pas uniquement à l'idée que les

SI peuvent réaliser tout. On est plutôt dans un ensemble d'éléments qui composent l'espace du patient, avec plusieurs artefacts qui font part de l'activité du médecin ou soignant. Cette nouvelle technique transforme le travail du soignant, mais tend aussi à révolutionner les modes de relation entre le médecin et le patient. En effet, si dans le domaine de la santé, la relation entre le médecin et le patient ou l'étape de la consultation est très importante d'un point de vue du temps passé (les médecins vont après 20 secondes interrompre le patient : pourquoi, qu'est-ce qui se passe au cours de l'entrevue?, etc.), il se trouve que dans le cadre des soins à domicile, non seulement la durée moyenne est changeante, mais l'élément fondamental n'est plus le temps. L'espace domine c'est-à-dire la prise en compte de l'environnement du patient dans lequel, plusieurs facteurs entrent en jeu.

Dans cette perspective, il nous semble important de développer cette notion d'espace. En effet, dans les soins à domicile, le soignant est face à la découverte d'un environnement qu'il doit s'approprier pour accomplir sa mission. Ce nouvel environnement peut-être considéré comme une organisation dans la mesure où nous le concevons comme un processus en train de se faire et non une entité qui préexiste. Ainsi, dans ce mouvement de désinstitutionalisation marqué par l'arrivée des soins à domicile, l'organisation se redéfinit à partir d'autres orientations qui viennent aider à comprendre l'existence même de l'organisation. Cela représente un en termes de recherche, comme par exemple Gareth Morgan (1989), qui présente l'organisation selon l'hypothèse d'une métaphore.

Pour tenter de comprendre l'organisation désinstitutionnalisée liée aux pratiques de soins à domicile. Nous proposons aussi dans notre étude de reconnaître et d'exploiter le caractère métaphorique de ce type d'organisation, en partant d'une réflexion sur l'espace. En nous inspirant des travaux de Morgan (1989) qui présentait les sept métaphores de l'organisation vue comme une machine, un organisme vivant, un cerveau, une culture, un système politique, un lieu ou instrument de domination, un flux de transformation. Nous postulons que la désinstitutionalisation des organisations de santé qui est marquée par une non continuité des soins de l'hôpital au domicile du patient. Ceci exige un ensemble de dispositifs qui forcent à considérés l'espace pour assurer la notion du travail d'alignement. Dans ce sens, les pratiques se recomposent dans un espace différent de leur espace naturel. C'est la métaphore de l'organisation, une sorte de huitième métaphore ajoutée au septième de Morgan.

Par exemple, la pratique de la virtualisation devient de plus en plus phénomène récurrente dans l'activité médicale. Partant de notre terrain, elle se présente ainsi :

« La virtualisation en fait concernant les serveurs, c'est, au lieu d'utiliser une machine physique, ou l'on stocke toutes les données, on fait ce qu'on l'on appelle la virtualisation en fait de plusieurs serveurs sur une machine. Donc en fait ça permet de repartir si on a un problème matériel de repartir très vite en fait puisse que la machine est virtuelle ».

Cet l'espace virtuel est perçu ainsi par la responsable des SI de la clinique La Sagesse :

« Cet espace virtuel est différent par rapport à l'espace où tout le monde se regroupait : en fait on sera contraint avec la nouvelle technologie d'utiliser cet espace virtuel donc voilà autant s'y mettre dés maintenant et prendre de l'avance plutôt que de courir après quelle est la principale dynamique de cet espace il ya la réglementation parce que derrières on 'est obligé de s'y soustraire, et puis après voilà, il y 'a les demandes des utilisateurs et puis nous on fait la motivation des projets On a des correspondants qui peuvent nous l'imposer puis qu'EFS est un correspond, donc plusieurs possibilités en fait ».

Nous retenons ainsi plusieurs dynamiques dans cet espace virtuel, qui concernent les utilisateurs qui peuvent être à l'origine de la demande, la direction qui peut-être force de proposition, et la réglementation qui peut l'imposer. Dans cette multitude de dynamiques qui constituent l'espace virtuel, nous mettons en évidence que la communication joue un rôle central pour faciliter les échanges entre les différents acteurs. Dès lors nous réaffirmons que cet espace devient un espace de communication qui représente un enjeu principal de la coordination des actions. Ils sont vus comme un enjeu essentiel pour l'amélioration de la prise en charge du patient : ces enjeux sont notamment : le décloisonnement des acteurs des systèmes de santé, la coordination des actions des professionnels de santé, la coordination de l'action hospitalière et l'action ambulatoire, favoriser le parcours de soins, rendre le parcours beaucoup plus fluide (le parcours de ville), optimiser la qualité des soins de proximité.
Ainsi, se développe plus de concertation « ville-hôpital », ainsi que se met en œuvre une collaboration meilleure entre les médecins généralistes et les spécialistes.
Dans cette démarche de partage d'information grâce aux systèmes d'information, l'engagement institutionnel est fort. C'est ainsi qu'il a été crée une Direction interministérielle des systèmes d'information et de communication de l'Etat, placée sous l'autorité du Premier ministre et rattachée au secrétaire général du Gouvernement.

« La direction interministérielle des systèmes d'information et de communication de l'Etat oriente, anime et coordonne les actions des administrations de l'Etat visant à améliorer la qualité, l'efficacité, l'efficience et la fiabilité du service rendu par les systèmes d'information. Elle veille à ce que ces systèmes concourent de manière cohérente à simplifier les relations entre les usagers et les administrations de l'Etat et entre celles-ci et les autres autorités administratives au sens de l'article 1er de l'ordonnance du 8 décembre 2005 susvisée. Elle organise et pilote la conception et la mise en œuvre des opérations de mutualisation entre administrations de l'Etat, ou entre celles-ci et d'autres autorités administratives, de systèmes d'information ou de communication d'usage partagé.
Elle contribue, par les réponses apportées aux besoins propres de l'Etat en matière de technologies de l'information et de la communication, à promouvoir l'innovation et la compétitivité dans ce secteur de l'économie nationale »

C'est dans la même dynamique que l'Etat réorganise les soins, mais il faut tout de même que l'information circule. Il espérait que les nouvelles technologies réduiraient le travail humain, mais c'est beaucoup plus complexe. Nous n'allons pas relater cette complexité dans cette partie nous pensons que la notion de complexité est terme purement communicationnel. Ainsi nous aborderons cette problématique dans la deuxième partie de notre travail.
Ce que nous étudions dans cette partie est le concept d' « engagement institutionnel » que fonde les systèmes d'information, aussi bien dans la santé que dans le secteur public en général, tel que nous l'avons illustré plus haut. Cet engagement institutionnel repose sur des aspects juridiques avec la prolifération des lois autour des SI, dans le cadre de la réforme du secteur public. Nous le concevons comme toutes les mesures qui impliquent les enjeux juridiques ou des problèmes de sécurité liés à la dématérialisation des actions dans le secteur de la santé. Ainsi, parler de la désinstitutionalisation du secteur public induite, par les SI, il n'existe pas une spécificité de tel ou tel secteur. Tous les secteurs publics suivent le même procédé défini par l'Etat. Nous illustrons cela à travers l'exemple de mesures prises, c'est le cas par exemple du Référentiel Général de Sécurité (RGS) rédigé par l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) et la Direction Générale de la Modernisation de l'Etat (DGME). Ce référentiel qui dessine un ensemble de règles visant à cadre le fonctionnement des SI :

*« Le 2 février 2010, **le décret dit « RGS »**, faisant suite à l'ordonnance du 8 décembre 2005, vient fixer les règles que **les administrations de l'Etat**, **les collectivités territoriales**, **les***

***établissements publics à caractère administratif**, **les organismes chargés de la gestion d'un service public administratif** doivent respecter lorsqu'ils mettent en place un système d'information ».*

*« Ce décret s'attache aussi particulièrement à garantir la sécurité des informations échangées entre les autorités administratives entres elles et avec les usagers, mettant deux points en exergue : **la confidentialité et l'intégrité des informations**. Il vient de plus fixer des règles relativement aux **certificats électroniques** ».*

« Concrètement, le décret détaille le cadre juridique destiné à garantir la sécurité des relations électroniques entre administrations et administrations et usagers. Il vient établir des règles en matière de RGS : d'une part il fixe les démarches que les administrations de l'Etat doivent suivre afin d'assurer la protection des systèmes d'information et d'autre part il établit les conditions nécessaires à la qualification des produits de sécurité et des prestataires de services de confiance ». (Cf. annexe 10)

Ainsi la question principale que nous nous posons dans ces conditions pour interroger encore l'efficacité communicationnelle des SI porte sur l'adaptabilité de ce référentiel dans le domaine de la santé. En effet, le milieu de la santé est assez spécifique par rapport aux autres organisations qui appartiennent au secteur public. Le concept même de la santé reste très complexe et le développement des systèmes d'information dans les autres secteurs publics est différent. Voici quelques définitions proposées par certains auteurs (Sasseville, Roy et autres), suite à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS :

Nous retenons que la difficulté de définir la santé résulte de trois phénomènes particuliers :

- Le premier- se définit à partir du sujet qui la vit (relative à chaque personne);
- Le deuxième se définit en fonction d'un code d'interprétation de la réalité (construit socialement) ;
- Le troisième se définit par une norme (donc une fonction d'une normalité qui est construite socialement

Ainsi si nous s'inscrivons dans cette dynamique sociale qui construit la santé, nous considérons que toute activité liée à ce domaine s'inscrit dans le social. Pour devenir une préoccupation prioritaire dans l'esprit de tous les citoyens, la santé doit également l'être dans l'esprit des décideurs publics : il s'agit là d'une condition fondamentale qui se traduit par la

mise en place de mesures législatives : tantôt incitatives tantôt coercitives (mesures fiscales, sanctions, règlements, restrictions, etc.).

Communique-t-on donc mieux avec les technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé ? Allons-nous vers un renouveau du terme de la santé qui devient désormais un terme plus individuel que social ? En effet, face à l'utilisation des termes tels que « désinstitutionalisation », « privatisation », « ticket modérateur », « développement de l'auto-soin », les discours sur la « responsabilisation des patients », et sous l'influence des technologies la santé, devient un problème individuel plutôt que social. Les SI sont à voir également comme porteurs d'informations très diverses. Comment penser ces flux dans le secteur de la santé ?

1.2.2 Trop ou pas assez d'informations?

L'objectif de l'implantation des technologies de santé est de mieux développer l'information médicale. Nous allons plutôt étudier quelle est la portée de l'information dans l'activité médicale. Dans une perspective plus large, l'information de la santé incarne une dimension rassurante, tel qu'il est souligné dans ces propos :

« Une tendance naturelle et fréquente en situation de crise est de rechercher à rassurer. Il est fréquent que l'on craigne les données, les modèles, les informations, que l'on pense « inutilement inquiétants » quand ils ne sont pas validés. C'est toujours une erreur » (Lucien Abenhaim, 2005, p 31). Il poursuit :

« L'information peut et doit donc parfois faire peur, elle vise à fournir en cas de crise des données sur les risques et donc à entraîner des comportements et actions correcteurs. Ne pas fournir d'information –ou pire, bien sûr, en cacher sous prétexte de « rassurer »- est une faute non seulement éthique, mais encore systématiquement contre-productive. Car l'information finira tôt ou tard par « sortir », entraînant une perte de confiance définitive dans ceux l'auront minimisée » (p, 31).

Donc l'information est bien une préoccupation majeure porteuse d'amélioration pour le domaine de la santé tant au niveau externe qu'à l'interne.

Au niveau externe l'objectif est de mettre en relation les personnes de l'organisation et les personnes de l'extérieur susceptibles d'être concernées. Il s'agit notamment du rapprochement

entre la médecine interne et la médecine de ville, plus précisément, cela renvoie au rapport entre les spécialistes et généralistes, pour une bonne gestion de l'information qu'ils participent.

Les technologies permettent-elles d'asseoir une base de développement de l'information entre les membres de l'organisation et au-delà ?

Au niveau de notre cas d'étude La Sagesse, nous avons retenu que des solutions ont été mises en place pour résoudre certains problèmes structurels. Voyons cela avec la démarche de la clinique la Sagesse et en lien avec l'EFS. Notre étude nous révèle que l'information reste le lien direct entre ces deux structures, et cette nouvelle forme de collaboration reste très appréciée par les acteurs.

C'est exactement ce que nous confirme une infirmière :

« Il y'a un partage d'information ce qui y'avait pas avant. Avant on renvoyer des papiers à l'EFS mais là c'est un lien direct. L'EFS sait à tout moment où sont passées les poches de sang qu'ils nous ont données et je trouve ça vraiment bien ».

« Des impressions positives parce que c'est un outil simple, fiable, qui nous met en relation directe avec l'EFS qui passe par cursus; ça fait un lien informatique entre l'EFS et la clinique et ça c'est positif pour moi. Et aussi voilà on est passé du stade papier au stade informatique pour la saisie de tous les dossiers et je trouve ça très bien. C'est un outil fonctionnel, adapté »

Nous soulignons ici la clarté sur la méthode qui est saluée, et met en relation deux structures de santé qui auparavant n'existait pas. Notons également une méthode qui se veut efficiente dans la façon de transmettre l'information.

Au niveau interne également, les SI sont censés être porteurs d'amélioration de la circulation de l'information. C'est dans la même dynamique que nous pensons également sur la situation de l'information au niveau interne donc, c'est –à –dire entre les acteurs de santé, mais aussi entre les professionnels eux-mêmes. En effet, dans le cas de la clinique, la mise en place des logiciels s'opère pour l'instant par services de soin, et non entre deux services. Nous faisons reposer cet argument sur le fait que notre étude avait comme objectif d'éclairer sur les

logiques d'implantation de deux logiciels (en l'occurrence CURSUS 3 et Hôpital Manager (HM)).

S'agissant de CURSUS 3, tel que nous l'avons déjà souligné, ce logiciel concerne uniquement la partie anesthésiste composée de onze médecins anesthésistes et de onze infirmières anesthésistes qui l'utilisent. Dans notre étude, nous avons tenté de comprendre la dimension externe de l'outil le rôle de lien qu'il joue entre la clinique et l'EFS. L'autre aspect de l'outil repose sur la gestion interne, qui concerne vingt-deux utilisateurs. Le rôle de CURSUS 3 dans le travail des anesthésistes est important. Nous proposons ce témoignage apporté par une infirmière anesthésiste :

« On utilise CURSUS 3 dans les blocs opératoires et je trouve l'échange d'information très fiable ».

Avec CURSUS 3 l'outil présente des potentiels, en externe avec le lien entre l'établissement de soins et l'établissement du sang (EFS) mais le rôle interne qu'il joue entre les professionnels qui pensent l'échange de l'information. Le logiciel est aussi fiable

A partir de là, que penser des théories qui ont tendance à remettre en cause l'apport de la technologie dans les organisations. Nous pensons notamment à Boltanski et Chiapello (1999) qui parlent d'un monde connexionniste où la forme dominante devient celle du réseau. Ainsi dans ce sens il convient de s'interroger sur cette forme de domination que nous suggèrent ces auteurs. Notre question est la suivante : comment peut-on percevoir le réseau comme une domination?

D'après les éléments de nos études de terrain il est difficile de répondre à cette question car pour les personnes qui utilisent CURSUS 3, devenu un moyen essentiel dans la transmission de l'information. Cet outil très adapté à leur pratique, car il répond à leurs attentes et à celles de l'EFS. Ainsi leurs impressions sur le logiciel restent très positives. Ainsi, que penser des discours des nouvelles formes de domination, du nouveau taylorisme etc.? Ce qu'on nous a fait comprendre avec le logiciel CURSUS 3 nous met en position très inconfortable de pour mobiliser la pensée de ces auteurs dans notre travail. Suite aux révélations des professionnels de santé qui connaissent leurs pratiques et qui utilisent le système, et qui louent la fiabilité de l'outil en ce qui concerne l'information médicale, pouvons-nous parler à présent de : « domination positive »?

Au plan théorique, nous voyons bien que dix ans après, ces auteurs qui considéraient le développement du travail en réseau comme une domination, ont rebondi sur leur posture et ont apporté une nouvelle vision théorique. Nous pensons notamment à la nouvelle sociologie, qui remet en question aujourd'hui la sociologie critique, qui peine toujours à être opérant dans problématiques sociales, et plus particulièrement celles de l'organisation. Dans ce sens nous ne pouvons qu'être optimiste avec l'entrée en jeu de la nouvelle sociologie qui tente de jouer un rôle fondamental pour renouveler l'approche critique de l'information. Elle veut retrouver une position légitime au plan épistémologique et aborder les problématiques sociales du monde autrement. Dés lors il convient de repenser la critique, elle-même considérée comme inefficace et inadéquat Quelques auteurs qui s'inscrivent dans cette approche critique en Science de l'Information de la Communication font une analyse profonde de ces deux postures épistémologiques que sont la sociologie critique classique, et la nouvelle sociologie critique Ainsi Romain Huët 2012 a tenté d'analyser ce qui opposait ces deux postures :

« Pour la sociologie critique classique, les individus ordinaires ne savent pas ce qu'ils font alors que pour la nouvelle sociologie critique, les gens ordinaires savent nécessairement ce qu'ils sont en train de faire quand bien même cette connaissance est approximative. Pour les premiers, l'analyse porte en premier lieu sur les déterminants sociaux, économiques et politiques, c'est-à-dire sur les causes structurelles des situations qui échappent aux consciences individuelles. Cela nécessite d'opérer une « rupture épistémologique » avec le sens commun pour « dévoiler » ce qui configurent les expériences que les individus se font du monde. Ils s'appuieront alors volontiers sur les catégories classiques de la critique comme celles « d'idéologie », « d'aliénation » ou encore de la « réification » laissant de côté les idées que les personnes concernées peuvent se faire des problèmes auxquels ils sont confrontés. Pour les seconds, au contraire, il s'agit de considérer que l'opération critique ne peut se passer des individus concernés. Elle prend acte que les individus savent ce qu'ils font si bien que le chercheur a essentiellement un travail de recomposition et de traduction à opérer pour donner à ces multiples contestations ordinaires une forme entendable et acceptable dans les espaces de transformation sociale » (Huët 2012, p.15).

Arrêtons nous un peu sur cette citation afin d'étayer les propos de R. Huët qui éclaire deux postures qui s'opposent. La nouvelle sociologie semble pour lui une base à l'approche critique. Dans notre travail, notre positionnement théorique est lié à l'approche socio-constructiviste. Nous choisissons ici de la mettre en lien avec la nouvelle sociocritique.

Après une analyse portant sur CURSUS 3, nous prolongeons notre analyse sur l'échange d'informations à travers un autre logiciel de la clinique, le logiciel HM, en nous interrogeant sur les qualités informationnelles.

HM est un logiciel mis en place depuis 2007 à la clinique la Sagesse de Rennes. Cependant, il a commencé à devenir véritable opérationnel en 2011 dans les services de la clinique. Il assure désormais les prescriptions de soin et ses principaux utilisateurs sont les médecins chirurgiens, les infirmières et Aides-soignants des services de chirurgie (A, B, C). Il est tout à fait important de se demander pourquoi HM était inopérant depuis sa mise en place, et de voir pourquoi il a mis du temps pour être fonctionnel dans la clinique. Selon les personnes que nous avons interrogées, elles ont révélé deux choses :

Premièrement, HM remplace un logiciel ancien nommé ACTIPIDOS qui ne répond plus aux attentes de la clinique sur le plan des soins. Une démarche qui montre qu'il existe une nécessité d'améliorer un système. Et que cette logique d'amélioration repose sur un système déjà existant, et qu'enfin le changement de logiciel pourrait être mal vu par les anciens utilisateurs d'ACTIPIDOS.

Deuxièmement, HM touche un métier qui est très sensible à la clinique qui est le métier de la Chirurgie. Il vient bouleverser les habitudes des chirurgiens qui prescrivaient sur papier. Ainsi à la demande des infirmières, pour des raisons déontologiques, la clinique a décidé de l'élargir aux prescriptions de soins. Nous notons alors dans la phase qui précède l'élargissement, la contradiction entre deux types d'utilisateurs susceptibles de l'utiliser. Nous notons encore un autre acteur à part qui est la direction, qui représente la tutelle et qui décide et départage les deux types de professionnels de santé. Au final, l'outil a été mis en place malgré l'opposition des chirurgiens.

Ainsi donc, si nous poursuivons notre raisonnement sur la phase de mise en place de l'outil, il résulte de ce climat de contradiction entre acteurs professionnels, une solution apportée par la direction qui au final décide d'élargir HM aux prescriptions de soins. Alors, nous suivons la logique de la sociologie critique classique, la décision de la direction pourrait être assimilée à une domination car les médecins chirurgiens n'étaient pas d'accord. Or, aujourd'hui, après un an d'utilisation voilà ce que nous révèle le terrain. (Propos donnés par une aide-soignante) :

« On a un seul outil. C'est qu'on a tout. Quand on est dans la chambre, ma collègue infirmière qui est avec moi va voir les médicaments, Moi l'aide soignant j'ai les soins à faire donc tout y est on a tout sur un seul poste je dirai sur le patient je n'ai pas trop d'outils quoi. Moi je trouve tout dans le même endroit. Pour l'information : je ne vais pas aller dans une recherche dans un autre cahier un classeur, ou un autre lieu, j'ai tout. Pour le patient je vais tout avoir Et je peux tout avoir et je peux tout trouver le passé du patient si je vais rechercher sur deux jours avant, trois jours avant et je n'étais pas là, je trouve tout et c'est vraiment c'est des choses que j'apprécie au moins c'est une qualité ».

Ainsi nous avons préféré mettre en exergue les propos de l'aide soignante pour tenter de répondre à la question posée précédemment, qui est si l'organisation était un champ spécifique. Nous pensons que le choix dans ce travail de proposer le témoignage de l'aide-soignant n'est pas fortuit, En effet dans les services chirurgicaux nous distinguons tel que le nomme Bourdieu trois « champs » qui doivent collaborer pour réaliser un travail optimal. Or tel que nous l'avons souligné plus haut, ces différents « Champs » étaient en opposition en ce qui concerne l'implantation de l'outil. Suite à une prise de décision émanant d'un autre « champ », une solution a été trouvée et celle-ci semble être favorable aussi bien dans les « champs » (infirmières et aides-soignantes), que dans le « champ » des médecins qui étaient contre l'idée du changement. Ainsi cette situation vient soutenir notre postulat selon lequel : l'approche critique devrait réfléchir sur d'autres catégories que celle « de domination positive » ou de « pouvoir positif ». Partant de notre terrain, nous pensons que même s'il y'a un pouvoir de la tutelle sur les médecins chirurgiens, l'opérabilité de l'outil dans l'outil reste quand même très appréciée au sein des pratiques. Et cette situation installe, selon nous, un climat de confiance entre les professionnels de santé.

C'est dans cette perspective que nous pouvons assimiler notre positionnement théorique à celui de la nouvelle sociologie critique qu'incarne, Pierre Bourdieu, car nous pensons comme lui que :

« Les champs apparaissent ainsi comme des lieux de concurrence et de lutte, habités par des dominants et des dominés. Chaque champ est « l'institutionnalisation d'un point de vue dans les choses et dans les habitus » (1997, p.144)

« L'habitus est le « générateur », « l'organisateur » des pratiques et des représentations des individus. Il est intimement lié au champ et intervient de manière récurrente dans les pratiques des agents qu'il façonne » (Bourdieu 2006, p19).

Mais toutefois, nous repensons Bourdieu, en redéfinissant le mot domination et en l'attribuant une nouvelle signification plus appropriée qui serait peut-être la notion de « participation » qui évoque une démarche plus inclusive. En ce sens nous pensons que la nouvelle sociologie critique qui fonde sur des concepts tels que le concept d'émancipation, reste très proche de notre conception.

Notre but est de donner du sens aux interactions, dans une démarche d'émancipation :

« Le clivage de posture entre la « sociologie critique » et la « nouvelle sociologie » peut encore résider. Au fond, que le chercheur se positionne comme un porte parole qui cherche à convaincre les subalternes à percevoir leur situation comme une question d'injustice sociale ou qu'ils se considèrent comme des professionnels à même de déceler ce qui est caché et ce qui écrase les individus dans une posture de dévoilement, l'enjeu reste d'offrir des ressources à la contestation sociale. Pour cela, il faut continuer à mettre au jour le contenu émancipatoire des potentialités étouffées contenues dans les pratiques sociales. C'est peut être ainsi que l'utilité sociale de ce champ d'étude pourrait être posée : non pour répondre à des demandes sociales provenant d'organisations déjà puissantes et oppressives, mais plutôt pour définir les situations problématiques en termes d'intercommunication sociale lorsqu'elle est enrayés ou bloqués. La critique des communications et des organisations peut passer certes par la mise au jour des dispositifs aliénants, déréalisant, ou mortifère. Plus positivement, elle peut aussi s'acquitter de la tâche de mettre en lumière les règles qui limitent l'acceptabilité des revendications et de leur expression » (Huët, 2012, p.16)

Nous pensons qu'avec la nouvelle sociologie critique, nous ne pouvons plus parler de clivage entre les autres paradigmes en communication notamment avec le paradigme socio-constructiviste.

Notre étude sur les technologies de la santé, est l'occasion éclairer sur l'utilité des technologies dans la circulation des informations pour les professionnels, qui reçoivent des informations sans se déplacer et travaillent en harmonie entre eux. En se référant des éléments de notre terrain, nous avons proposé de l'idée de « domination » et de « pouvoir », telle que proposée par certains (Foucault 1977, Boltanski et Chiapello et autres).

C’est ainsi, nous pensons que même les technologies incarnent une logique de pouvoir, l’intérêt que les utilisateurs leur doivent permettre de relativiser cette notion de pouvoir excessif qu’elles sont censées. Contenir en elles.
Le partage d’information, l’échange d’information, nous nous conduisent à présent vers le concept de rationalisation pour penser la coordination.

1.2.3 Rationalisation est-elle facteur de meilleure coordination ?

L’une des grandes impasses des études portant sur la rationalisation des pratiques de santé vient de ce qu’elles regardent ce phénomène quasi-exclusivement « du dehors ». On s’intéresse essentiellement à ses dimensions institutionnelles, et à ses implications politiques et économiques.
La rationalisation semble être une priorité dans les pratiques cliniques de santé. Contrairement à ce que l’on a tendance à croire à propos de ce phénomène. Que se passe-t-il dans l’organisation ?
Penser la rationalisation de ce secteur, oblige dans un premier temps à être attentif aux systèmes de croyances. En effet, les dimensions institutionnelles, économiques, technologiques, et les approches certains acteurs qui décident des problématiques de santé, perdent souvent de vue une dimension aussi évidente que fondamentale, à savoir que les utilisateurs ont des croyances sur leurs manières de voir leurs pratiques. Et comme chez tous les professionnels de santé la sécurité pour eux est une priorité, c’est-à-dire quelque chose de significatif. Cette dimension « croyance » doit donc être pleinement étudiée et restituée si nous voulons valablement saisir ce qu’est la rationalisation. Or trop souvent, l’analyse technologique, politique, économique, managériale la réduit à n’être qu’un vernis au service d’intérêts techniques, à des plans de réductions des dépenses et des coûts dans la santé.

Notre terrain nous révèle en effet ce type d’incompréhensions. La crainte d’un professionnel de santé est de perdre son temps de travail à cause, de la rationalisation. En effet, selon le gestionnaire, ce professionnel pense qu’il risquerait de perdre des heures de travail si son activité reposait sur ce phénomène de rationalisation. Ceci l’amène à vouloir ainsi refuser cette nouvelle logique de travail. Lisons les propos d’un gestionnaire de la Sagesse:

« Mais effectivement moi on peut demande de rationaliser le travail tout simplement déjà pour on va dire ressortir tout ce qui touche en fait on va dire informatique basique pour que ce soit évité, je travaille beaucoup sur les interfaces en ce moments, pour qu'il n'est pas de ressaisie mais effectivement j'enlève tout ce temps de ressaisie pour que les personnes puissent travailler dans leurs spécialités mais c'est peu éventuellement faire peur. J'ai eu un projet actuellement sur la commande des repas dans les chambres aujourd'hui en fait j'ai fait le constat que tous les patients étaient ressaisi dans cette application donc 130 repas à la journée donc 130 patients ressaisis aucun intérêt d'un point vue informatique et que moi je peux envoyer on va dire par flux les patients du SIH (système d'information hospitalier).
La personne dans un premier temps m'a entendu, mais dit oh c'est super et dans un deuxième elle à une autre réflexion en se disant « mais ça veut dire qu'on va m'enlever du temps » et je vais pas pouvoir justifier mon temps il va falloir que je fasse quelque chose d'autres pendant ce temps et peut- être que j'ai demandé on va dire à avoir d'autres personnes dans mon service et que finalement je vais pas obtenir ces personnes parce qu'on va m'enlever du temps informatique. Là en fait côté direction ils vont entendre la rationalisation, ils vont dire oui c'est très bien, ce temps d'informatique va diminuer et côté service ça va faire peur car on va se dire moi et là hier je me suis heurter on va dire à une difficulté donc sur le coup quand j'ai vu la résistance, j'ai posé la question à l'hôtesse en disant mais « tu veux rester à l'âge de pierre ? Tu préfère en fait saisir on va dire pendant des heures tes 130 patients alors que tu pourras les avoir sans aucune action, mais pour quelle raison ? Qu'est ce qui te motive à saisir des patients alors qu'il y'a aucun intérêt en fait. Ce n'est pas du travail d'hôtesse, sa valeur ajouté c'est voir le patient, de voir son régime alimentaire, ce n'est pas de ressaisir les patients, mais elle voyait en fait une diminution de sa charge et ça lui faisait peur ».

Nous soulignons dans ce témoignage deux visions dans un même système, qui montrent une incompatibilité inter-objective entre les différents acteurs. L'incohérence même de cette rationalisation est soulevée ici. Et le non respect des croyances des utilisateurs pose problème. En ce sens, il convient pour les responsables de retrouver l'origine de cette incohérence, qui pourrait remettre en cause la compatibilité inter-objective entre les différents membres. En d'autres termes, quels sont les facteurs qui vont participer à assurer une compréhension plus large de cette logique de rationalisation ?
La rationalisation est vue de deux façons dans une même structure.

D'une part, la direction perçoit l'intérêt et le sens de cette rationalisation en la mettant en place de plus en plus par une politique allant dans ce sens. Et d'autre part, les professionnels aussi ont une conception de ce phénomène comme une manière de réduction de leur temps de travail, autrement dit un phénomène qui tend vers une suppression de postes. Dans ce sens nous notons une divergence de perception par rapport à la rationalisation, qui risque de contraindre la mise en place et la bonne marche de cette pratique.
Prenons l'exemple d'une professionnelle de santé qui ne perçoit pas l'intérêt de ce phénomène et semble très angoissée et pas du tout motivée vis-à-vis de ce changement organisationnel. C'est à travers les propos de la responsable de gestion que nous avons su et compris l'attitude de cette professionnelle de santé. Voici ce qu'elle nous révèle :
« Rationalisation : c'est vrai que quel part en fait, parce que moi je me positionne côté informatique et c'est vrai que l'informatique quelle part permet de rationaliser là où en fait on va dire on arrive pas à rationaliser parce que chacun travaille on va dire à ça façon, on s'est que l'informatique va permettre de rationaliser un peu les pratiques et donc voilà et c'est vrai qu'il faut que j'aborde certains sujets et il faut que je m'attende à certains projets et parfois on peut avoir des mouvements de recule en disant attention on va toucher encore à nos habitudes et attention et ça fait un peu peur parce qu'on a peur du changement ».

Dans notre terrain, nous avons constaté que, bien que le phénomène de rationalisation soit mis en œuvre par la direction, et ouvert à tous les services de la clinique, il existe des personnes qui, il me semble, ne sont pas au courant ou ne connaissent même pas cette notion et son intérêt dans la réorganisation des soins. Il semblerait que même si l'organisation est ouverte à une pratique pour transformer ses façons de faire, elle doive respecter certaines modalités qui permettraient d'assurer la convergence entre les acteurs. Or notre terrain nous révèle tout le contraire en ce qui concerne cette rationalisation, et par exemple le professionnel qui assure la gestion des repas, pense que la suppression de la saisie entraînerait une diminution de son temps de travail. Cette incompréhension s'explique du fait que cette professionnelle de santé a été mise devant le fait accompli, ne pouvant pas comprendre le pourquoi, et restant dans la peur de ce changement. Lisons les propos de la responsable :

« Là en fait côté direction ils vont entendre la rationalisation, ils vont dire oui c'est très bien, ce temps d'informatique va diminuer et côté service ça va faire peur, là hier je me suis heurter on va dire à une difficulté donc sur le coup quand j'ai vu la résistance, j'ai posé la question à l'hôtesse en disant mais « tu veux rester à l'âge de pierre ? Tu préfère en fait

saisir on va dire pendant des heures tes 130 patients alors que tu pourras les avoir sans aucune action, mais pour quelle raison ? Qu'est ce qui te motive à saisir des patients alors qu'il y'a aucun intérêt en fait. C'est pas du travail d'hôtesse, sa valeur ajouté c'est voir le patient, de voir son régime alimentaire, ce n'est pas de ressaisir les patients, mais elle voyait en fait une diminution de sa charge et ça lui faisait peur et de l'autre côté la direction voyait une rationalisation au niveau des services et ça les intéressait. Mais c'est vrai qu'il faut faire attention quand on amène un projet. Les gens ont peurs du changement mais c'est aussi une valeur ajouté de leur spécialité. Et effectivement ce que je lui ai répondu (hôtesse) mais tu vas passer plus de temps avec un patient, tu vas travailler plus sur les menus des patients, ta valeur ajouté ce n'est pas de saisir en informatique, l'informatique doit t'aider doit être un support mais pas une contrainte en fait. Donc effectivement rationaliser ce n'est pas toujours facile et ce n'est pas toujours accepter ».

A travers ces propos pour les choix de coordination à opérer en organisations, nous soulignons deux visions du changement technologique : une conception d'un changement très structurel indispensable à l'organisation et une conception d'un changement conjoncturel. Selon le gestionnaire le changement conjoncturel risque même de créer de la résistance d'un utilisateur. Les questions principales que nous posons dans ce cas sont les suivantes : l'utilisateur est-il réticent ou est-il face à une méconnaissance du potentiel de la technologie ? Doit-on repérer sur les croyances des utilisateurs pour réformer un système ? Qu'entend-on réellement par rationalisation en terme de coordination organisationnelle ?

Sur le terrain, en l'occurrence la clinique La Sagesse, la rationalisation a été l'occasion de réorganiser les soins par une informatisation des prescriptions. Cette dématérialisation des soins devait toutefois être appuyée par des moyens techniques capables de constituer un levier de redéfinition des services de soins pour faciliter les exigences organisationnelles des prescriptions de soins. C'est ainsi que le projet d'HM a été lancé depuis 2010 dans la partie chirurgie composée de trois services. Avec les solutions mises en place dans le cadre de l'informatisation des soins, il fallait imaginer non seulement une organisation nouvelle des services de soins, mais aussi un levier de redéfinition stratégique de ceux-ci. Donc il fallait maintenir les objectifs des soins, la sécurité, et réduire les erreurs de prescriptions, assurer leur cohérence.

C’est exactement ce que nous révèle une infirmière de la Chirurgie qui donne ses impressions sur HM, qui a remis quelque peu en cause son travail :

« HM je le trouve pas très pratique, il nous demande quand même beaucoup de temps. Après ce que j’apprécie c’est d’avoir des prescriptions qui sont lisibles puis qu’elles sont informatisées donc lisibles pour nous contrairement à l’écriture du médecin qui toujours n’est pas lisible. Le médecin prescrit directement sur hm donc nous forcément on a un œil hein avertit et on peut dire ce qu’on connait si effectivement il y’a une erreur. Après c’est lui qui prescrit et c’est quand même plus nous qui retranscrivons avec ce risque d’erreur qui peut coûter cher à une infirmière quoi. Et ce n’est jamais très confortable en fait d’avoir peur de faire une erreur ou autre. Donc je pense que le fait d’une prescription lisible écrite par un médecin, moi je pense que c’est bien, ça vraiment c’est bien ».

Donc l’implantation d’HM est à comprendre dans ce contexte de renforcement de la sécurité qui est non seulement celle du patient, mais également celle des soignants, qui le jugent comme une alternative visant à une protection dans le travail. Car n’oublions pas qu’à l’image d’HM, les technologies dans le milieu de la santé en France s’inscrivent dans une volonté de résoudre la crise sanitaire suite à l’événement du « sang contaminé » qui remonte aux les années 80.

C’est ainsi que l’État jouait un rôle fondamental dans le cadre de la rationalisation et de la réorganisation du système de soins, à telle enseigne qu’il est devenu l’acteur principal du changement tel qu’il est souligné par Jean-Guy Lacroix :

« *Dans cette révolution structurelle, l’État est appelé à jouer un rôle central. Comme élément d’impulsion, comme usager modèle et comme chef de file dans les sphères qui relèvent directement de lui, telles que l’éducation ou la santé. [...] Il doit finalement apporter son soutien aux idées novatrices et à l’expérimentation dans la nouvelle économie* » (Lacroix, 2001).

En France, le rôle de l’Etat s’est principalement illustré par la mise en place de nombreuses règles, de certifications, de lois et des décrets, bref des normes qui viennent alourdir le travail médical selon certains professionnels de santé, et qui jouent un rôle d’impulsion également dans la mise en place d’une technologie dans la santé.

Chapitre 2 Stratégie de normalisation

2. 1 Réorganisation et accompagnement normatif

Nous abordons à présent dans ce travail la dimension normative qui accompagne l'implantation d'une technologie dans la santé. Cette dimension normative reste également un élément d'impulsion pour préconiser une technologie dans ce domaine. C'est ainsi que dans les projets de réorganisation des pratiques de santé les textes reposent sur des décisions de bonnes pratiques, et ne manquent pas de mener un rôle de légitimation et même parfois d'apporter un remède ou un point d'appui pour les acteurs macros, qui ambitionnent de faire accepter facilement leurs volontés de changement technologique aux utilisateurs.

Cette dimension normative est vue comme porteuse de solutions dans les situations de conflits entre différents acteurs, voici un témoignage qui illustre nos propos :

« Ce sont des lois qui passent au journal officiel et qui sont nationales et qui nous oblige soit à s'informatiser soit à utiliser certaines fonctionnalités sur la partie on va dire administrative, on doit se conformer à certaines règles qui sont imposées et qui passent au journal officiel et puis des règles aussi imposées par la sécurité sociale. Pour ce qui est de la partie médicale, circuit des médicaments, ça peut être plutôt des règles imposées par l'HAS (la Haute Autorité de Santé), parfois qu'il passe au journal officiel aussi mais en aucun cas on va avoir des règles et décrets propres à notre établissement, en générale c'est un ensemble d'établissement souvent par rapport aux spécificités des établissements donc aux établissements de santé ou bien des établissement uniquement chirurgicaux, obstétriques, mais c'est national ».

2.1.1 Dimension nationale

Ainsi l'état s'est avéré être le principal promoteur des potentialités liées à l'utilisation des logiciels dans le système de soins, notamment avec la publication d'une série de textes de lois destinés aux différents intervenants du système de santé. Dans ces textes généraux de principes de bonnes pratiques l'Etat faisait part de ses orientations à prendre pour réorganiser le système de soins. C'est le cas par exemple de la :

« Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L. 1223-3 du code de la santé publique » (Cf. annexe 10.2)
Ce Décret- Arrêté- Circulaire[2] avait révisé toutes les directives prises précédemment en matière de transfusion sanguine. Rappelons que depuis de 2002 jusqu'en 2005, des normes sur les transfusions sanguines ont été élaborées. Cependant elles sont rentrées en vigueur en 2006 suite à ce fameux texte doté de quatre articles qui abordent tous les principes de bonnes pratiques des transfusions sanguines, tel que l'a souligné du texte :

« La présente décision a pour objectif de définir les principes des bonnes pratiques transfusionnelles dont se dotent les établissements de transfusion sanguine (ETS) de l'Etablissement français du sang (EFS), le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA) et les établissements de santé (ES) autorisés à conserver et distribuer ou délivrer des produits sanguins labiles (PSL), conformément aux dispositions de l'article L. 1223-3 du code de la santé publique ».

Ainsi un tel objectif de normalisation ne pouvait se faire sans l'implication des établissements de santé dans une dimension locale.

2.1.2 Dimension locale

C'est dans cette perspective que la clinique La Sagesse à l'instar des autres structures aussi bien régionales que nationales adhère obligatoirement à ce projet. Celui-ci s'est vu préconisé à la clinique, et la mise en place de CURSUS3 a été effective à la clinique La Sagesse.
Mais la question qu'on pourrait se poser serait de voir si un tel objectif devrait se réaliser sans l'implication et la mise en acte des professionnels de santé. La population, c'est-à-dire les patients principaux demandeurs de soins, ont-ils contribué à la mise en place de ce projet ? Comment l'Etat et les différentes organisations de soins ont-ils expérimenté la faisabilité de ce projet ? Pour tenter de répondre à cette question, nous nous référons plus spécifiquement à notre terrain pour essayer de comprendre la démarche de la Sagesse, celle des autres établissements et plus largement le rôle de l'Etat dans cette réorganisation. S'agissant de la

clinique Sagesse, cette réorganisation du système de santé est d'orienter les établissements de soins sur des nouvelles normes transfusionnelles.

« On impose une informatisation mais effectivement pour des raisons d'organisation, de processus, d'harmonisation entre les établissements, on passe à l'informatisation. Donc en fait, il y a pas que la loi qui impose l'informatisation, parcontre la loi bien souvent accélère et demande les établissements d'être sous le même niveau. Après chaque établissement on peut prendre des avances mais à un certain moment on va avoir une impositition. Et puis après il peut avoir aussi des pressions au niveau de la tutelle comme EFS qui nous impose de nous informatiser mais là c'est établissement français du sang qui nous l'impose il y'a pas de loi. Donc, il y' a plusieurs niveau en fait. Sur l'hémovigilance. Il y'a des établissements qui sont informatisés. Ce qui se passe en Bretagne parce qu'on dépend de l'EFS Bretagne, ils ont pris l'ensemble des établissements et selon le nombre de transfusion par établissements, ils ont demandé à ce que les établissements s'informatisent. Ils s'intéressent aux établissements qui transfusent le plus. Petit à petit ils baissent le seuil, ils adressent de plus en plus à plus aux établissements, donc sur la mutualité, sur quatre établissements chirurgicaux, on a que deux qui sont informatisés et donc qui transfusent plus et sur les deux informatisé en fait, il y a un qui est la sagesse qui est en lien direct avec EFS. C'est-à-dire en temps réel, parce que la sagesse transfuse plus que guimper Et donc Qiumper aura l'obligation de faire en fin d'année. Donc c'est plus on va dire l'établissement français du sang qui l'impose et ce n'est pas une loi, c'est on va dire une imposition de la part d'une tutelle on va dire quelque part. Une fois que ça passe au journal officiel ou imposé par une tutelle comme l'EFS, on n'a pas le choix dans la mesure ou en fait, il en va on voit dire soit d'une réglementation à tenir, soit effectivement de la sécurité des transfusions, donc les établissements n'ont pas le choix, ils signent des conventions et acceptent la convention ».

A travers ce témoignage nous retenons deux choses principales dans les normes qui accompagnent qui l'informatisation de santé : l'une porte sur porte sur la réglementation et l'autre sur la convention.

2. 2 Réglementation : un impulseur « de l'informatisation transfusionnelle »

Tel que nous l'avons déjà souligné, l'informatisation de la santé en l'occurrence les pratiques cliniques, constitue un phénomène qui est géré par l'Etat. Le rôle de l'Etat est principal. En ce

sens, l'Etat réglemente le phénomène d'informatisation. Nous allons ainsi étudier cette notion qui est liée à celle de pouvoir, un élément fondamental à conceptualiser autour de la mise en œuvre de l'informatisation.

Dans le domaine de la santé, les acteurs « macro » comprennent l'informatisation dans un processus de règles, de procédures, de protocoles, de normes. Ainsi, notre objectif dans cette étude est de rechercher la spécificité du domaine de la santé par rapport aux autres domaines.

En effet dans le monde de l'entreprise, le plus souvent l'informatisation émane d'une norme, les critères reposent sur des logiques de productivité, de rapidité, bref sur une dynamique capitalistique. Egalement, nous avons constaté que l'informatisation d'une entreprise ne fait jamais l'objet de médiatisation ni de discours qui expliqueraient la volonté de changement. Le changement dans ce domaine se fait sans aucune appréhension de ces acteurs.

Cependant dans le monde de la santé nous constatons une médiatisation très forte et qui peut prendre plusieurs années avant de décider de mettre en place un projet. Nous constatons également des discours dont le but est souvent de justifier les raisons du changement organisationnel et des discours de légitimation. Ainsi cette brève comparaison nous apparaissait nécessaire pour montrer que l'informatisation dans le domaine de santé n'est pas quelque chose de simple et reste très complexe. Il convient de rechercher les facteurs qui sont à l'origine de celle-ci et quelles sont les solutions apportées par les personnes concernées, surtout celles qui décident l'informatisation et qui veulent faire face à la complexité qui caractérise celle-ci.

Tout d'abord il faudrait rappeler que deux types de technologies faisaient l'objet de l'informatisation globale du système de soins : celles à visée clinique et celles à visée administrative. Les premières ont précisément pour objectif d'intensifier le travail des professionnels de la santé par une modification de leur cadence de travail, alors que les deuxièmes visent à automatiser certaines activités administratives (telles que le service de la paie le service secrétariat, le service comptable) afin de les rationaliser. Nous pensons que c'est ce qui explique la spécificité de l'informatisation dans le domaine de la santé versus le monde de l'entreprise. La question principale serait de savoir quels sont les moyens mis en avant par les acteurs du changement ? Quelle sera la « conduite de ce changement » à adopter en matière d'information transfusionnelle?

Ainsi pour répondre à ces questions, nous effectuons un survol historique de ce qui a été élaboré par l'Etat ainsi que par les établissements de tutelle c'est-à-dire, les structures

régionales, comme l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui travaillent avec les établissements de santé.

Parmi les projets ayant cours depuis le début des années 2000, quelques-uns s'avèrent privilégier la piste de la réglementation pour imposer l'informatisation. Mentionnons en France le projet de 2003 portant sur l'établissement des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain et des composants sanguins ; le projet de 2004 qui reprend celui de 2002 portant application de la directive du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au sang et aux composés sanguins.

La loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 Janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative aux droits des maladies et à la qualité des systèmes de santé, le décret n° 2006-6 du 4 Janvier 2004 relative à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique ; la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie qui a posé le principe que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose un Dossier Médical Personnel (DMP) constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L1118-8 de la même loi, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et des prestations de soins (article L161-36-1) . Ces projets de lois et de normes reposent sur une logique technologique : une logique par le haut (top down). Cette logique par le haut relève de l'Etat, à travers la mise en place de technologies à vocation d'intensification du travail médical, accompagné par normes, des règles, qui contraignent les professionnels de santé à les adopter.

Les acteurs de santé ont tendance à dénoncer ces actions qui relèvent d'une dynamique de communication descendante. Nous fondons nos arguments sur le fait que tous les textes généraux élaborés en 2000 ne sont pas considérés comme apportant des solutions dans cette situation de complexité, tel que nous l'avons déjà souligné. Dès lors, s'impose une question principale : l'Etat réduirait –il la complexité dans sa posture de communication descendante, pour présenter à sa façon.

Le cas du DMP ne nous aide pas à répondre très aisément à cette question. Le projet sur le DMP va nous permettre d'illustrer cette notion de complexité. En effet, en France, depuis 2005, le DMP a eu du mal à se concrétiser. Bien que considéré comme efficient dans la réorganisation du travail médical et dans la collaboration entre les différents acteurs qui concernent : la sécurité sociale, l'établissement de santé, le médecin de ville et le patient, l'apport du DMP n'a pas été perçu positionnement par les professionnels de santé, qui le

considéraient comme une violation de la part de l'état qui s'immisçait dans leur pratiques professionnelles. Nous avons souvent entendu cela par des professionnels de santé, et voir l'Etat dans des affaires de santé installe chez eux un sentiment de révolte.

Ainsi dans ce climat de tension, le DMP peine à se mettre en place. Cet outil susceptible présenté comme des solutions à la crise sanitaire, ne séduit part : D'une part l'Etat émet des discours très dominants, et d'autre part, les professionnels de santé développant leurs discours selon lequel cet outil n'a pas une connaissance de leur milieu qui soit suffisante.

Donc de 2005 à 2010 le DMP a connu des étapes très mouvementées et des moments de tensions qui ne lui étaient pas favorables pour sa mise en place. Depuis 2010, des Agences Régionales de Santé (ARS) ont participé à sa mise en place, ont fait mieux comprendre le projet aux professionnels. Ainsi le DMP n'est pas une affaire d'Etat et d'établissement de soins ou de professionnels de santé mais une affaire de tutelle et d'établissements de soins. Ainsi aujourd'hui en France dans chaque région nous trouvons une ARS qui coordonne les actions du DMP dans la région. C'est le cas par exemple de l'ARS de Bretagne à Rennes qui organise désormais chaque année des Journées Régionales des Systèmes d' Information de Santé. Les dernières en date sont respectivement celle du 24juin 2011 et celle du 29 juin 2012 (Cf. annexes 14 et 15.2) Cette nouvelle façon d'aborder le DMP a apporté du lien, et a aidé à la compréhension du dispositif. Elle incarne une dynamique de dialogue au cours de laquelle la présence et la participation de tous les acteurs de la région de Bretagne vient discuter sur le DMP. A cette occasion, aussi bien la tutelle que les professionnels de santé livrent leur sentiment sur l'outil et profitent même de l'expérimentation des autres qui l'ont déjà déployé. Ces circonstances permettent d'éviter toute de démonstration de force de la part de la tutelle et offrent mais une piste de travail qui privilégie le dialogue.

Et sans ce dialogue, nous avons vu que la communication descendante privilégiée par l Etat, en propulsant des normes, constituait un véritable obstacle et menaçait la concrétisation du DMP et plus généralement l'information transfusionnelle. Dès lors nous considérons ces normes comme étant très lourdes à installer dans la démarche des professionnels de santé.

S'agissant de notre terrain, les professionnels nous ont souligné la lourdeur de ces normes dans le fonctionnement du système de santé même s'ils reconnaissent que les normes peuvent être une source d'acceptation d'un changement dans le domaine de la santé. Nous illustrons ceci à travers ces propos :

« Je trouve ça lourd, alors je généralise et ça, ça ne simplifie pas forcément les choses et du coup on se demande ou est le progrès parce qu'il des freins pour tout, dés qu'on fait un truc il faut trois pages de protocole alors ça ca complique, on doit se rapprocher du protocole et je trouve ça compliqué. Ici en fait dés qu'on fait quelque chose il faut un protocole et ce n'est pas seulement ici c'est dans tous les établissements de soins. Il faut toujours expliquer pourquoi. Même sur les patients il faut toujours expliquer pourquoi on fait telle chose tout est écrit. Alors le fait de transfuser quelqu'un c'est quelque chose qu'on apprend à la fac, à l'école, là et ce n'est pas propre à la clinque c'est partout obligatoire maintenant il faut protocoler le geste de transfusion sanguine donc il ya trois page, il faut expliquer alors qu'on fait ceci, qu'on a fait cela, il faut tout écrire tous les gestes qu'on fait ici doivent être écrits dans des protocoles et ça ce sont des certifications et c'est lourd. C'est pour ça que je trouve ce passage obligé par les normes, de certification de réglementation c'est très bien parce que c'est des garde –fous, ça empêche de faire n'importe quoi mais aussi tout devient compliqué Au niveau des projets technologique, ces norme là ne facilite pas forcément c'est quand même un progrès dans le sens où ça évite de faire n'importe. Ça évite certains professionnels ou certains établissements de faire n'importe quoi. On est obligé d'obéir à la réglementation Alors les normes et autres permettent de travailler dans les règles de l'art ».

Les contraintes majeures du secteur de la santé sont aujourd'hui liées aux termes tels que normes, réglementation, certification, et la mise en œuvre des projets de modernisation de santé se fait en lien avec une communication descendante, qui fait du système quelque chose de complexe, difficile à cerner.

2.2.1 « Convention » : facilitatrice organisationnelle

Toujours dans la problématique de normes, nous prolongeons notre raisonnement en mettant en évidence un terme à usage professionnel qui n'est donc à entendre au sens de la « sociologie des conventions », qui vient renforcer cette notion de norme qui est notamment la « convention ». Celle-ci peut–être comprise comme une appartenance à une norme qu'un établissement ou agent veut respecter, dans une quête de facilitation de son organisation.

En effet, l'un des premiers obstacles de l'implantation d'une technologie dans le domaine de la santé est de nature conventionnelle nous disent les professionnels de santé. En effet, l'établissement qui a signé une convention associe à des principes de bonnes pratiques dans le système de santé, doit forcément s'aligner sur une décision de la tutelle, pour être en phase

avec les textes de loi mais aussi pour être en harmonie avec les autres établissements de soin. Cette uniformisation des soins via l'informatisation n'est pas sans conséquence. Pour certains établissements, qui risquent de rencontrer des difficultés des termes de dynamisme, d'harmonisation. En effet, les difficultés et les besoins sont différents d'un établissement à l'autre. Mais aussi les croyances des personnes varient en fonction de leur appartenance à un milieu. Nous avons déjà indiqué plus haut que la croyance est un facteur fondamental qui lie l'individu à un phénomène, et qui lui permet de résister à ou d'adhérer à un système donné.

En effet, certains professionnels de santé accordent souvent de l'importance à un changement organisationnel et technologique, qui découle d'initiatives des professionnels de la santé s'ils respectent une « convention » cela veut dire qu'ils prévoyaient déjà à ce phénomène même si celui-ci n'était pas identifié comme une priorité dans organisation par des personnes qui s'y trouvent. Dès lors, nous soulignons que la « convention » ou accord précède l'existence du changement qui opère, car elle préexistait déjà et toute organisation qui s'y rattache devrait être uniforme aux exigences de la convention.

Cet aspect du lien entre une organisation et une « convention » et les implications majeures qui se trouvent derrière elle en termes d'attentes, a été soulevé par la responsable des SI de la clinique :

« Une fois que ça passe au journal officiel ou imposé par une tutelle comme l'EFS, on n'a pas le choix dans la mesure ou en fait, il en va on voit dire soit d'une réglementation à tenir, soit effectivement de la sécurité des transfusions, donc les établissements n'ont pas le choix, ils signent des conventions et acceptent les conventions ».

Avec ces « conventions », c'est toute une échelle de normes que l'on doit repenser, c'est un dispositif que l'on doit régénérer pour le rendre « facilitateur » estiment les porteurs de ce type de projets. L'informatisation est ainsi centrée autour d'une norme principale qui est l'obéissance à la convention. Tout le reste, les pratiques cliniques, la synchronisation entre médecin et infirmier, le temps de saisie, le renforcement des relations prédéfinies entre tâches cliniques et entre professionnels, certaines informations qu'on ne peut pas saisir facilement, qui sont perdues, tous ces éléments qui se perçoivent d'avance ou des éléments extérieurs. Ils sont « énactés » par la logique même de l'informatisation. La conception des professionnels sur ces pratiques est centrée sur la qualité, tout se rapporte à l'amélioration de la qualité des soins. Certes, les conventions et autres se préoccupent de la qualité des soins, mais la logique imposée par le haut ne constitue pas un dispositif par lequel les professionnels peuvent

s'engager facilement dans l'application des recommandations. Elle ancre les professionnels dans un sentiment d'infériorité qui suscite leur révolte vis-à-vis d'un système dans lequel ils se retrouvent pas ne se reconnaissent pas. Les professionnels de santé vivent d'une manière intense leurs pratiques et pensent que la logique l'amélioration de leur pratique médicale est à prendre au sérieux.

Nous soulignons ainsi deux différentes logiques de opposées qui visent à analyser les conditions de mise en place nouvelles organisations de services de soins.

Ainsi face à ces différences qui nous montrent les obstacles qui existent pour installer des projets technologiques dans la santé, il devient alors nécessaire de sortir de cette dualité entre logique « par le haut » incarnée par la tutelle ou encore l'Etat, et la logique « par le bas » symbolisée par les pratiques des professionnels de santé.

A notre question : « Souhaitez-vous procédés par des projets expérimentaux visant à tester la faisabilité de l'informatisation ? », ces deux témoignages choisis permettront de montrer à quel point la démarche des professionnels est tout le contraire des conventions :

« Lors des congrès en fait on est allait voir plusieurs laboratoires et puis on a proposé à la direction d'aller voir différents laboratoires différentes entreprises et puis chaque entreprise est venue faire un exposé, montré à la direction , au médecin responsable de l'hémovigilance et moi-même , aux informaticiens et puis après le choix s'est sur les différentes propositions C'est CURSUS qui a été retenu essentiellement par la direction, le médecin anesthésiste et puis certainement la partie informatique et puis nous aussi nos avis »

« Les congrès qui occasionnent certains retours d'expériences des utilisateurs qui ont déjà utilisé le système (des acteurs qui viennent prouver que l'outil marche dans leurs établissements »

Nous voyons bien que les professionnels privilégient la piste expérimentale en allant vérifier la faisabilité de la technologie dans l'expérience des autres. Cette démarche vient mettre en cause nous semble-t-il, les discours qui portent sur la réticence des professionnels de santé envers le changement technologique. Constatons- nous l'importance capitale qu'ils accordent à la démarche expérimentale et la démarche conventionnelle.

Toujours sur ce lien entre « convention » et facilitation de l'organisation, nous relevons un autre obstacle important, qui est l'absence d'entente au sujet des normes dans l'établissement, qui touchent à l'utilisation de la technologie de l'information. Cela peut engendrer une

incertitude quant à la longévité possible des changements de technologies, une situation que nous pouvons illustrer en partant de notre terrain. En effet dans le prolongement de l'informatisation de la clinique, la partie gynécologique devrait passer à l'informatique à l'image des autres services tels que la chirurgie, l'anesthésie, l'obstétrique. Or, selon les acteurs responsables de l'informatisation des pratiques gynécologiques, ce projet est l'un des plus difficiles à dérouler et à mettre en œuvre du fait qu'il n'existe pas une norme nationale qui est commune à l'informatisation de ce métier. D'où les difficultés et jusqu'à ce moment où j'écris cette thèse ce problème demeure, autour de ce projet technologique qui préoccupe beaucoup la clinique.

A notre question : « quel est l'apport d'une norme ou d'une convention dans l'utilisation de la technologie » voici quelques extraits édifiants par rapport à l'absence d'entente vis-à-vis à des normes.

« Côté médical c'est plus difficile parce qu'aujourd'hui tout n'est pas normalisé en fait. Exemple de la gynéco. Aujourd'hui les gynécos ne se sont pas regrouper dans une entité en disant que voilà, un dossier gynéco ça doit être ça. Ça doit être telle question, ça doit être tel document, aujourd'hui non puisse qu'effectivement ils ne se sont pas arrivés pour diverses raisons. La gynéco c'est très large. Aujourd'hui ce que l'on a ressort au niveau de la clinique c'est que dans la gynéco il y'a une certaines nombre de sous- spécialités et que effectivement certains iraient vers du structurée (la cancéro, un patient cancéro va poser effectivement certaines nombre de questions par contre un patient qui aurait une autre problématique il vaut mieux une page blanche parce que effectivement le médecin ne pourra pas structurer les informations »

« Chacun campe sur ces positions, personne ne veut se positionner c'est extrêmement difficile. Par contre côté obstétrique on a une norme AUDIPOD on y adhère on y adhère pas c'est la clinique qui adhère donc là c'est beaucoup plus facile pour moi en fait de dire voilà j'ai un logiciel qui va respecter cette norme là, et par là je sais que derrière j'aurai le consensus utilisateur ».

« La partie gynéco ils se sont posés beaucoup de questions en se disant : moi oui pour la page blanche, le gynéco à côté ah non moi pas de page blanche parce qu'on va pouvoir sortir de statistiques, on va pas pouvoir exploiter et puis l'autre personne disait ben oui si j'ai un dossier structuré moi je veux ma façon de mener ma consultation, je veux pas être imposé par un logiciel, et donc on a entamé une réflexion et donc effectivement aujourd'hui on a pas de

consensus et donc on ne peut rien ressortir et comme ils sont nombreux c'est vrai que c'est d'autant plus difficile »

« Pour la pédiatrie c'est plus simple puisse qu'en fait le projet c'est obstétrique gynéco et pédiatrie, pour la partie pédiatrie en fait il y'a pas de normes et on a soumis la proposition de ce logiciel aux pédiatres en leur montrant que voilà ce qu'on propose : pour un dossier structuré, voilà le travail qui a été fait dans d'autres établissements est ce que vous vous y retrouvez ? Et elles s'y retrouvent en fait, elles sont trois ou quatre et là elles s'y retrouvent, donc là on va pouvoir avancer plus vite. Il y'a pas quelqu'un qui s'est sortie du lot en disant ah non moi je veux une page blanche. Donc là c'est plus facile ».

« Quand il y'a une norme déjà installé c'est plus facile, là il y'a une norme, les obstétriciens respectent la norme et vont structurer leur cheminement par rapport à cette norme. D'un point de vue administratif il y'a des normes, on transmet à la sécurité sociale sous certaines normes. Pour facturer un patient il y a des tas de choses donc là, tous les professionnels s'y référent : en comptabilité on a des grands principes comptables : un devis, un crédit le logiciel doit s'y tenir et que le professionnel s'y retrouve ».

De même, à notre question « quelles sont les solutions envisagées ?
« On est parti du logiciel obstétrique. En fait ils ont la double formation de gynéco obstétrique et donc on leur a proposé le logiciel obstétrique. Voilà maintenant pour le volet gynéco est ce que vous pensez exploiter le même logiciel. Donc on a eu l'adhésion de tout le monde».

On voit très bien dans ces extraits que la norme, censée être facilitatrice technologique et organisationnelle, constitue un objet de validation d'une technologie dans une pratique médicale proprement dite. Cette validation peut être paradoxale. Elle est à la fois un dispositif pour propulser la dynamique d'un changement technologique, mais elle est aussi source de refus quand les personnes concernées ne s'y retrouvent pas. Ce sentiment de rejet peut certainement être provoqué lorsque la norme est instaurée suivant une logique « Top down » qui relève d'une préoccupation « technico-économique » (Grosjean, Bonneville 2007) Selon ces auteurs, cette logique :

« S'articule autour d'un projet d'augmentation de la productivité du travail médical suivant l'idée qu'il faut traiter le plus grand nombre de patients possible dans un temps de plus en plus court » (p.443).

L'instauration d'une norme peut susciter un sentiment de refus chez les professionnels de santé qui soulignent que la norme ne convient pas toujours à la clinque. Ils considèrent que la « raison clinique » ou encore la dimension clinique devrait prédominer. La dimension centrale qui repose sur les soins selon eux, ne prédomine pas dans le choix de norme. Elle est même parfois absente ou même si elle existe, ne répond pas à la méthode efficiente de la raison clinique. C'est ce qu'ont affirmé une aide soignante de la clinique qui utilise HM et une infirmière anesthésiste qui utilise CURSUS 3 :

« Les items commentaires séjours nous avons deux pages, donc il y'aurait dans le dérouler du séjour ils auraient du prendre le dérouler et savoir la fin de la dernière ligne le patient est en convalescence à tel endroit à telle heure. C'était une autre page (donc il m'a ouvert la première on se dit bien on n'a pas l'information on le trouve pas et quand on regarde sur la deuxième page et on a tout. Tout est saisi sur la deuxième page. Il y'a une répétition de la première en ayant des compléments. Une des difficultés c'est il y'a trop de pages sur hm donc du coup on cherche, moi je mis ça sur une page, ma collègue va remettre sur une autre page pour la même information qui est de même catégorie »

« C'est purement informatique mais régulièrement à chaque fois on saisit il nous demande si on veut imprimer un dossier transfusionnel, non c'est jamais. On peut pas effacer cette item et il apparait toujours, on est obligé de dire non et ça c'est un exemple, il y'en a pleins d'items qui ne nous servent jamais et qui apparaissent tout le temps : Est ce que c'est parce que c'est un outil général qui peut servir à pleins d'établissement ? Nous on en sert pas, donc il y'a des item dont on ne se sert pas et qui apparaissent tout le temps. Par contre il y'a certains établissements qui l'utilisent d'autres non ».

Bref, on comprend dans les extraits que les logiciels sont configurés sur la base d'une normalisation qui s'applique à tous les établissements de santé. Dans ces extraits les soignants soulignent que cette forme de normalisation d'un logiciel n'est pas appropriée à tous les établissements et risque de créer des pertes de temps dans les soins car les pages inutiles qui apparaissent qui ne les concernent sont nombreuses. Il convient de penser par conséquent que contrairement à la volonté de gagner du temps à travers les logiciels, ces derniers peuvent être

source de perte de temps dans la mesure où, le logiciel ne répond spécifiquement aux attentes d'un tel soin du fait qu'il a été créé sur des critères de normes qui ne seront applicables partout. Ainsi, dans les pratiques cliniques, nous pouvons dire que les normes que nous avons appelées ici « normes partagées », risquent d'alourdir les tâches des professionnels de santé car sont un peu dictées finalement. D'ailleurs, comme nous l'avons constaté antérieure, les normes et les conventions précédent même le choix d'un tel logiciel dans un établissement de santé à tel point qu'il est souvent difficile d'adapter un logiciel à un établissement quelconque. Elles sont décrites dans des instances décisionnelles où les futures personnes susceptibles d'utiliser l'outil ne sont pas présentes. Nous pensons alors à une mise en place de la norme à caractère « top down » qui relèverait plutôt de situations, de discussion ou de dialogue avec les utilisateurs, qui pourraient à cette occasion donner leurs avis.

Si l'on porte un regard sur ces phénomènes de normes, de convention, de réglementation, que le contexte organisationnel, pour être favorable doit être pensé avec les acteurs de la santé pour produire de nouvelles formes d'organisation de santé qui soient stables. La notion de certification aujourd'hui reste fondamentale car elle va de pair avec la reconnaissance de la crédibilité sécuritaire d'une organisation de santé, mais elle ne se décrète pas non plus, comme l'informatisation des systèmes.

2.2.2 Certification : une forme de reconnaissance organisationnelle

La réorganisation du travail se traduit par l'introduction de nouveaux outils dans les organisations notamment l'Internet, intranet, extranet, messagerie électronique, les logiciels de gestions et plusieurs autres. La certification aide à structurer les organisations. Ceci crée des conditions nouvelles et un changement organisationnel qui permettent aux SIC de tenter de réfléchir sur les pratiques de travail, leur restructuration et leur recomposition à travers l'usage des TIC.

Ce contexte de changement qui affecte tous les secteurs d'activités s'explique par le fait que les organisations sont confrontées de nouvelles stratégies plus efficaces que celles pratiquées avant. Les TIC deviennent les outils incontournables qui catalysent ces phénomènes de changements. Ces derniers se manifestent aussi bien dans l'interne que dans l'externe des organisations : en interne, l'usage de TIC permet de rapprocher les salariés à travers les messages électroniques qu'ils échangent entre eux. Cette forte coopération neutralise la distance et évite les réunions de face à face. Elle crée également une interactivité entre les acteurs. L'Intranet participe fortement dans à la structuration interne et rapproche de plus en

plus les salariés de leurs services. Bref, les TIC deviennent des dispositifs pour informer, adapter, intégrer, réunir les acteurs sur les valeurs de l'organisation dans le but d'atteindre un ou des objectifs fixés.

En externe, la redéfinition des pratiques de travail par les TIC permet à l'organisation de connaître le grand public et ses différentes cibles. A travers les TIC, l'interactivité entre les usagers externes participe à la notoriété de l'organisation, une interdépendance entre les activités, et la création de réseaux de partenariats.

Par extension, les TIC créent des conditions nouvelles et favorables capables de stimuler les utilisateurs et prennent en compte les nouvelles exigences pour la mise en œuvre des stratégies de l'entreprise. En effet, les premières valeurs dont se revendiquent actuellement les organisations tant qu'au niveau national qu'international sont la qualité et l'innovation.

Dans cette perspective, les TIC semblent être même le socle de la réalisation de ces valeurs dans l'organisation. Elles sont devenues l'incarnation de l'accélération exponentielle du temps qui conduit à des exigences de réactivité plus fortes, de rapidité, de flexibilité et de souplesse dans le travail.

Ces changements internes et externes ont des répercutions directes sur la façon de représenter les organisations tant pour les dirigeants que pour les salariés. La notion de certification qui connaît un nouvel élan avec l'entrée en jeu des TIC dans les organisations de santé nous intéresse : Qu'entend-on par certification ? Que recouvre ce terme ? En quoi elle est dynamique d'initiative ?

Etymologiquement, le mot certification peut posséder une signification qui désigne attestation. On peut parler ainsi de l'engagement d'une personne à assurer un acte, une parole, des faits, bref un acte qui permet de donner confiance à autrui et qui se traduit par des signatures. Certifier donc c'est être dans une démarche d'assurance par rapport à une loi, à un règlement, à une norme etc.

Cependant, il nous semble important ici d'éclairer sur ce concept du point de vue des problématiques de modernisation de la santé avec les technologies. En effet, l'arrivée des technologies de la santé lance une nouvelle donne dans la démarche des structures sanitaires. Ces dernières qui sont toujours à la quête de qualité, d'innovation, posent également des exigences pour arriver aux effets attendus. Dès lors, des solutions sont mises en place pour les atteindre, il s'agit notamment de faire en sorte qu'un établissement de santé puisse être « certifié » pour pouvoir opérer des réformes. Ainsi nous soulignons une interdépendance entre le changement technologique et cette notion de certification, comme le souligne une

responsable de gestion des systèmes d'information faisant état d'une expérience dans la mise en place d'un logiciel :

«En fait ce qui se passe c'est que les établissements sont certifiés en fait, on a eu une visite de certification l'année dernière, au mois de novembre. Lors de cette visite de certification on avait obligation d'informatisé le circuit médicament et comme on 'était pas 100% informatisé puis que l'obstétrique n'était pas fait et soins continus non plus, on s'est engagé à le faire dans la prochaine visite. Donc les soins continus vont être informatisé en septembre, on a pris l'engagement en janvier pour la maternité, n'ayant pas d'autre logiciel on est passé avec HM. L'objectif premier était de trouver un logiciel pour les soins et prescriptions un dossier de spécialité, mais derrières on a la réglementation qui nous impose un calendrier qui va plus vite que nous et donc là on n'a pas forcément le choix, car c'est un établissement certifié car un établissement non certifié ça pose un ensemble d'autres problèmes et donc on va se plier à la réglementation et prendre le seul outil pour l'instants qui nous paraisse possible ».

Pour cette responsable de gestion des SI de la clinique, la pertinence de l'informatisation d'une pratique clinique ou plus largement d'une organisation de santé trouve son origine dans la perspective d'être reconnue comme étant une organisation certifiée. Et par conséquent, un établissement non certifié pose un problème aujourd'hui dans ce contexte de modernisation de santé. Ainsi dès lors une question fondamentale se pose : qu'est ce qui prédomine dans cette logique de certification ? Quel est l'apport de la certification dans les soins cliniques ? Nous avons constaté un « challenge » des hôpitaux qui sont classés en fonction de leur appartenance à une norme et de leur engagement à s'être certifié. Ainsi la question principale que nous nous posons est la suivante : la dépendance de la santé vis-à-vis de la certification ne serait-elle pas une volonté managériale ? Derrière cette notion, propulse-t-on le changement organisationnel ? Serait-ce un objet opéré par le mangement pour faciliter la mise en place de la technologie dans l'organisation ? Ainsi avec le classement des hôpitaux, le management n'utiliserait-il pas la certification comme un acte de reconnaissance ? Autrement dit, la certification ne serait-elle pas pour le management une source de justification d'un changement technologique ?

L'esprit de la logique de certification qui est celui là :

« S'érige, par essence, en logique surdéterminante de la gestion du système de santé » (Grosjean et Bonneville, 2007)

Cet extrait qui souligne le témoignage d'un acteur qui travaille dans la partie de la gestion de SI, met en évidence une situation de reconnaissance d'une organisation à opérer le changement technologique. Autrement dit, l'acte d'être une organisation certifiée, justifie la mise en place d'une technologie. Nous mettons en évidence la posture du management, qui se refugie derrière la certification pour transmettre des directives et faire comprendre des décisions aux acteurs. Et comme nous l'avons souligné antérieurement, les décisions ont été prises en l'absence des professionnels de santé. Donc nous pensons que la certification dans ce cas ne nous permet pas d'avancer, si elle ne se repose pas sur une dimension collaborative. Car nous pensons que les décisions sont ici unidirectionnelles et n'impliquent pas les professionnels. Mais nous voyons bien que le management trouve dans cette notion de certification un mode de gestion qui permet de stimuler l'implantation de la technologie dans les pratiques. Nous éclairons ainsi un type de gestion qui agit selon un plan qui va dessiner les objectifs de l'outil, dans les pratiques cliniques. Donc une démarche qui écarte toute possibilité d'agir selon les visions des différents professionnels de santé. Les « raisons cliniques » prédominent les formes de bureaucratie sont présents, avec une logique technico-économique également. C'est pourquoi l'objectif de normalisation que les décideurs locaux se donnent, dans le cadre de l'informatisation, vise essentiellement à la diminution des coûts (Bonneville, Grosjean 2007). Ce qui est en contradiction totale avec les aspirations ou les attentes des professionnels envers un changement technologique. En ce sens les valeurs prônées par le management reposent sur l'obéissance à une norme ou à une certification, une priorité à la hiérarchie mais également, des rapports de force entre les membres de l'organisation.

C'est précisément ce qu'a soutenu un médecin responsable d'un logiciel dans les soins anesthésistes dans la clinique la Sagesse de Rennes. Pour lui l'idée d'implanter partout la technologique révèle d'un pouvoir que les acteurs décideurs tentent d'exercer sur les pratiques, qui ne nécessite pas obligatoirement de changement. Il dénonce une démarche systématique de la part de la tutelle qui soulève une révolte des professionnels de santé :

« Je pense qu'il faut arrêter le systématique. Vouloir changer des choses qui marchent nous ne pensons pas que cela est nécessaire. Là actuellement ils pensent élargir HM sur nos pratiques anesthésistes et nous ne pensons pas l'intérêt de cet élargissement. C'est une véritable révolution de nos pratiques et on ne va pas se laisser. Je pense qu'ils tentent voir ce qui se passe ailleurs pour nous l'imposer et je ne trouve pas cela normale. Je pense que pour changer il faut respecter les réalités et les valeurs qu'incarnent une organisation »

L'objectif assigné au changement technologique par ce médecin est par conséquent fort différent de celui qui est privilégié par les acteurs-décideurs. En effet dans les textes généraux qui définissent les normes, les conventions et les règles, aucune allusion n'est faite à la perspective de s'appuyer sur des valeurs de l'organisation pour procéder à un changement technologique. Ils ne parlent que de la possibilité d'améliorer la qualité des pratiques médicales qui selon les professionnels passe d'abord par une prise en compte des valeurs d'une organisation, et de la dimension éthique que détient l'outil.

2. 3 Informatisation du travail médicale : une évacuation de la « question de l'éthique professionnelle » ?

Les enjeux reliés à l'informatisation de la pratique médicale sont nombreux et diversifiés. Nombreux puis que la pratique médicale demeure, dans l'organisation globale de la prise en charge clinique de la maladie et des patients. (…) Les enjeux sont diversifiés aussi, car la pratique médicale, au-delà des nombreux enjeux qui lui sont associés, soulève différents défis qui donnent à la profession médicale en tant que telle une place centrale dans la vaste totalité des différentes modalités de prise en charge des patients. (Bonneville & Grosjean 2007).

C'est la raison pour laquelle nous nous associons entièrement à la démarche de L Bonneville et S. Grosjean pour qui l'on ne peut comprendre l'informatisation de pratique médicale si on se limite à étudier les aspects institutionnels, économique, juridiques, aspects dont nul ne sont à discuter l'importance. Nous suggérons en revanche de nous pencher sur la dimension éthique et culturelle de la technologie afin de saisir le contexte multidimensionnel dans lequel se doit se déployer l'informatisation de la santé en France.

Arrêtons-nous un instant sur cet acteur décisif qu'est le soignant. Ce qui nous intéresse chez ce dernier, ce sont plus sa conception critique de sur les enjeux politico-économiques, et les diverses trajectoires qui l'ont emmené à la résistance. Ce qui nous importe ici, c'est de le voir revendiquer les valeurs éthiques qui constituent pour lui les dimensions légales, organisationnelles, sociales. Nous pensons donc que l'exploration éthique est vaste et fait l'objet de nombreuses questions. Nous pensons également que l'apport de cette dimension éthique pourrait permettre de comprendre la nature des autres enjeux mentionnés ci-dessus.

Par conséquent, il est évident que cette seule interrogation mériterait un vaste travail de terrain, ce que nous pensons mener pour pouvoir mettre en exergue quelques éléments de réponse.

Il va falloir ainsi dans cette partie de notre travail remonter jusqu'aux années 2000 pour analyser comment ces dimensions éthiques et culturelles ont été prises en compte dans les problématiques des technologies en santé. Pour ce faire sera d'associer à la fois les théories qui abordent ces problèmes mais, il s'agira également d'avoir l'avis des acteurs de santé. Voyons à présent comment ces enjeux ont été abordés depuis l'expansion de la technologie dans la santé c'est –à-dire vers les années 2000.

La tranformation en cours dans le système de santé a favorisé des études en profondeur par des auteurs de plusieurs disciplines, qui s'inscrivent dans les problémes de santé. En effet c'est dans une perspective interdisciplinaire et avec diversité de paradigmes épistémologiques que les auteurs ont tenté d'aborder les problématiques des technologies dans le domaine de la santé. Nous faisons allusion notamment aux sciences de gestion, dans une perspective fonctionnaliste (Sicotte 2002, 2005, 2009, 2010 et autres). Ainsi nous n'allons pas encore revenir sur la trajectoire privilégiée par ces auteurs, mais notre objectif est de souligner que dans leurs travaux les enjeux socioéthiques et socio-culturels sont quasiment absents, ou même s'ils ont été abordés, restent très instrumentalisés et sont vus comme des objets dont le management fait usage comme arme de gestion pour mener à bien ses orientations. Nous pensons dès lors qu'il est important de réfléchir à ces notions qui semblent prédominer dans l'action et le langage des professionnels de santé.

2.3.1 Conceptions diverses de « l'éthiques professionnelles »

Cette étude a pour objectif d'exposer comment les aspects éthiques ont été abordés dans les réformes structurelles et institutionnelles des organisations de santé en l'occurrence les changements liés à l'implantation des technologies dans les pratiques médicales. Il s'agit ainsi de clarifier les principales raisons pour lesquelles l'usage des TIC dans les pratiques cliniques, servant à créer des opportunités de partage d'information, d'échange d'information, nécessite une analyse d'ordre éthique prenant en compte l'éthique professionnelle des acteurs de soins.

Selon certains auteurs notamment (Diane L. Demers, François Fournier, Marc Lemire, Pierrot Péladeau, Marie-Claude Prémont, David J. Roy 2004), les aspects éthiques dans les problématiques des technologies dans la santé, méritent d'être pensés. Ces auteurs définissent le concept de cadre éthique ainsi :

« Un cadre éthique est un ensemble d'idées de concepts et de considérations servants de points de référence pour la réalisation d'une analyse et d'une évaluation éthique » (2004, p 91).

Par conséquent, les enjeux éthiques doivent être débattus. C'est ainsi que le concept de cadre est défini ainsi par ces mêmes auteurs :

« On entend par cadre un ensemble de concepts interreliés essentiels pour répondre, ici, à deux questions intimement reliées. Comment savoir que nous faisons face à un problème ou à un enjeu éthique dans le cadre de la mise en réseau de l'informatisation de santé et, quelle est la nature de l'enjeu éthique à analyser et résoudre » (idem).

On comprend dès lors que la notion d'éthique affirme sa légitimité à travers un cadre qui permet d'aborder toutes les questions liées aux enjeux éthiques dans les processus de changement organisationnel. Que cela soit sur la traçabilité, la sécurité, la qualité, le partage d'information, l'échange d'information, le choix d'un logiciel, l'interopérabilité etc. Il faut littéralement aborder la notion d'éthique dans un cadre qui soit ouvert. Or, ce que nous constatons que c'est ce cadre est absent.

En effet à travers les lois qui érigent des normes et des principes de bonnes pratiques, les aspects éthiques ne sont pas en amont des orientations des acteurs-décideurs. C'est-à-dire que les enjeux éthiques n'ont pas une dimension d'anticipation contrairement aux normes qui viennent propulser le changement technologique dans les pratiques cliniques. Ce qui est à l'encontre des préoccupations des professionnels de santé pour qui les enjeux éthiques et la raison clinique sont intrinsèquement liés.

En effet, s'il est vrai les acteurs en l'occurrence l'Etat et les ministères concernés (ministère de la santé, ministère de la fonction publique, ministère de la justice, ministère du travail…) opèrent des réformes afin de moderniser le travail médical, il faut reconnaître aussi qu'ils se préoccupent également des problèmes d'éthique qui devraient se posaient dans ce climat de changement. Il faut reconnaître aussi que les raisons fondamentales de ces réformes s'inscrivaient dans une volonté de faire face à la crise de santé des années 80 en l'occurrence autour du « sang contaminé ». Il s'agissait alors de mieux gérer la dimension éthique dans le travail médical d'où en effet la mise en place des technologies pour mieux éviter des erreurs éthiques désastreuses et irréparables. Ce qui est très apprécié par une infirmière et une aide soignant de la clinique qui affirment que :

« on ne peut pas faire marche arrière revenir avec l'ancien système revenir avec des papiers des classeurs y'en a partout là j'ai pas envie là, il faut que ça continue d'aller de l'avant,

bien synthétiser qu'on ait toutes les informations pour que ce soit un tout puisse que le patient c'est pas des morceau, c'est pas des organes donc il faut qu'on est le tout ensemble pour que justement afin moi je trouve que les infos du blocs qui arrivent directement ici , là entrain de recopier des trucs , il faut vivre avec notre temps et que notre temps c'est l'informatique. C'est pratique, c'est qu'on progresse dans ce sens là ça va allait bien pour l'informatique et il nous restera du temps pour au chevet du patient, l'objectif du soignant c'est déjà d'être là donc si on a des outils trop lents c'est du temps perdu donc il faut qu'on ait plus avancé dans les soins car les jours de séjours sont de plus en plus courts donc c'est ça. Et puis d'être avec notre temps ».

« Après ce que j'apprécie c'est d'avoir des prescriptions qui sont lisibles puis qu'elles sont informatisées donc lisibles pour nous contrairement à l'écriture du médecin qui toujours n'est pas lisible. Le médecin prescrit directement sur hm donc nous forcément on a un œil hein avertit et on peut dire ce qu'on connait si effectivement il y'a une erreur Après c'est lui qui prescrit et c'est quand même plus nous qui retranscrivons avec ce risque d'erreur qui peut coûter cher à une infirmière quoi. Et ce n'est jamais très confortable en fait d'avoir peur de faire une erreur ou autre. Donc je pense que le fait d'une prescription lisible écrite par un médecin, moi je pense que c'est bien, ça vraiment c'est bien ».

Ces extraits attirent l'attention sur la notion d éthique dans les pratiques cliniques. Dans ce cas ici, le patient devient le centre des préoccupations des soignants. Quand la soignante dit que le patient « n'est pas un organe mais est un tout », cela veut dire qu'elle ne réduit pas le patient à une simple source de données. Les patients ne doivent en aucun cas devenir des objets de légitimation d'un changement technologique.

Ces extraits témoignent soulignent le fait que les technologies sont des moyens pour résoudre les erreurs de prescriptions de soins, pour mieux participer à la prise en charge du patient. Donc l'accent doit être mis sur l'éthique dans les pratiques cliniques qui selon Diane L. Demers, François Fournier, Marc Lemire, Pierrot Péladeau, Marie-Claude Prémont, David J. Roy 2004 l' « éthique clinique ». Dès lors nous pouvons considérer que les deux soignants accordent plus d'importance à l'un des domaines de l'éthique qui est celui qui concerne la forme clinique encore appelée éthique clinique.

Selon ces auteurs, l'éthique clinique peut être comprendre comme suit :

« L'éthique clinique porte sur les décisions à prendre pour les soins des malades. L'éthique clinique doit résoudre les incertitudes, les conflits de valeurs et les dilemmes qui se présentent lorsque le médecin et son équipe, de concert avec les autres professionnels de santé, traitent le malade, que ce soit à son chevet, dans la salle d'opération, au service de soins intensifs ou dans les établissements de soins de longue durée. L'éthique clinique exige que le patient et son bien –être soient au centre des préoccupations qui mènent aux décisions et aux jugements pratiques. (…). L'éthique clinique ne peut être pleinement mise en œuvre que si l'équipe soignante fait preuve d'humanité, d'autonomie, de lucidité et de fidélité » (2004, p 98/99).

Nous constatons que les définitions données par ces auteurs sont davantage axées autour des principes moraux, déontologiques, plutôt que sur la dimension institutionnelle et publique. Dimensions que l'éthique clinique n'occulte pas, mais qui ne sont qu'un aspect de l'éthique médicale. Ainsi ceci nous laisse comprendre qu'il existe d'autres formes d'éthique qu'on peut appeler éthique institutionnelle et éthique publique.
Concernant l'éthique institutionnelle ces auteurs la définissent ainsi :

« Les établissements, tels que les hôpitaux et les centres de santé, adhérent à des concepts fondamentaux quant à leur propre mission, aux systèmes de valeurs qui les guident dans l'accomplissement de cette mission et aux styles ou aux approches distinctes dans la gestion des problèmes éthiques délicats ». (2004, p 97).

Nous percevons à travers cette définition, que les objectifs de l'éthique institutionnelle au sens managérial donc, sont différents de ceux de l'éthique clinique. Ils portent plutôt sur des considérations générales et peuvent être applicables partout, alors que les objectifs d'éthique clinique sont plus spécifiques et ne concernent plus la structure mais les individus eux-mêmes.

L'autre éthique que nous avons évoquée concerne l'éthique publique définie ainsi :

« L'éthique sociale et l'éthique publique sont centrées sur la protection et l'amélioration du bien-être collectif à l'intérieur d'une société. Le bien de la collectivité englobe plusieurs valeurs interreliées. Une de celle-ci, la plus générale, concerne l'ordre de la société dans son ensemble ». (2004, p100)
Ces auteurs l'ont davantage éclairé à travers ces mots :

« L'éthique publique est d'une portée plus restreinte et elle est plutôt centrée sur l'ordre des institutions spécifiques dans une société. Le terme institution ici ne réfère pas aux édifices abritant une fonction sociale, mais bien à la fonction elle-même et à l'organisation entre les personnes, les professions. Les besoins, les activités et les ressources, sans laquelle la fonction elle-même s'écroulerait. Dans ce sens, l'éducation, les médias, la famille, la science, l'économie, le système de santé et les diverses professions tels la médecine et le droit sont des institutions sociales » (idem).

Après la présentation des trois formes d'éthique, voyons maintenant le lien entre informatisation de santé, l'éthique publique et institutionnelle.

D'une part, vu la manière dont les normes sont érigées par les acteurs-décideurs, c'est-à-dire de façon Top down, nous pensons que ce sont des normes purement institutionnelles qui sont souvent en déphasage avec les réalités éthiques des professionnels de santé.

D'autre part, nous constatons que la mise en place de principes d'éthique ne fait pas l'objet de cadre spécifique. La problématique d'éthique est souvent élaborée dans sa dimension macrosociologique.

Ainsi nous nous associons à la démarche de ces auteurs qui pensent qu'un cadre éthique est fondamental, car c'est à travers ce cadre que les personnes vont discuter la mise en place des principes éthiques. Or, nous nous basons sur les textes généraux qui abordent l'informatisation de santé. La notion d'éthique est souvent occultée par les notions de normes, de bonnes pratiques. Pourtant, il est même question de parler d'éthique normative dans le domaine de la santé, que nous considérons comme étant un cadre qui définit les normes tel qu'il nous est révélé par cet extrait :

« L'éthique normative élabore les principes, les normes, les lignes de conduite et les procédures nécessaires pour orienter un comportement, qui ne s'écarte pas trop des valeurs jugées essentielles à l'identité d'une communauté ou d'une société. (…). L'éthique est un système dynamique qui opère à travers des jugements particuliers qui éventuellement convergent vers un ensemble de normes » (p, 94).

C'est ainsi que nous pensons que les enjeux éthiques sont fondamentaux et ne peuvent être abordés comme objets qui propulsent simplement un changement organisationnel. Mais un cadre ou espace de communication qui émerge en fait entre les acteurs. Or, ceci est ignoré dans les processus d'informatisation dans le domaine de la santé. Et nous pensons comme que ce qui fonde l'éthique reste ancré dans la communication. Ceci est mis en évidence à travers ces mots :

« L'éthique émerge de l'interaction, de l'épanouissement, et du développement de la conscience de soi et des autres, de personnes qui communiquent et interagissent entre elles. L'éthique, conséquemment, est dénaturée à sa source même quand les individus ou des groupes de personnes sont exclus de cette communication » (p, 92).

C'est cette dimension communicationnelle de l'éthique qui est selon nous absente des problématiques liées aux technologies dans la santé. Cette dimension communicationnelle est très proche de l'éthique clinique à laquelle font référence les soignantes citées plus haut. Car elles insistent sur l'aspect humain qui constitue une caractéristique fondamentale des relations entre les professionnels de la santé et les patients.

Par conséquent, du point de vue des sciences de l'information et de la communication, des auteurs ne manquent pas de concevoir l'éthique comme étant un dispositif communicationnel (Loneux, 2008). Cette conception est différente de celle du management qui le considère comme un objet de légitimation de la technologie dans les pratiques cliniques. Cette synergie est soulignée également par (Diane L. Demers, François Fournier, Marc Lemire, Pierrot Péladeau, Marie-Claude Prémont, David J. Roy 2004) qui soulignent que :

« Chaque personne engagée dans la réalisation et l'utilisation des réseaux électroniques d'information de santé doit encourager l'analyse éthique et particulièrement l'évaluation éthique de cette technologie » (p, 93).

En sens, il convient ainsi de poser la notion de l'usage de la technologie et celle d'éthique. Et de voir si l'usage est en corrélation avec l'éthique dans les pratiques cliniques.

2.3.2 Quel jugement portent les utilisateurs sur les stratégies de normalisation

Si l'on considère comme ces auteurs que l'éthique :

« Sert de guide pour résoudre les questions et les conflits soulevés par les applications de la science et de la technologie. Le point central de la discussion porte spécifiquement sur les multiples usages que l'on fait des technologies de l'information et de la communication dans l'organisation des réseaux électronique d'information en santé. La science et le technologie, y compris les technologies de l'information et de la communication, permettent aux gens, aux professions et aux sociétés de réaliser des choses inédites, mais il n'est pas toujours vrai d'affirmer que ce que l'on peut réaliser maintenant doit obligatoirement l'être » (idem,p 93).

Ceci nous oblige à poser la notion d'usage de la technologie et de voir s'il est en corrélation avec l'éthique clinique dont se revendiquent les professionnels de santé dans les pratiques cliniques, très proches également de l'éthique professionnelle

Dans cette perspective, posons d'abord la notion d'usage qui même si nous n'en avons pas fait un axe central de recherche dans ce travail, reste quand même un point fondamental pour comprendre ces questions de stratégies de normalisation. L'usage dans la technologie a toujours préoccupé les chercheurs en Sciences Humaines et Sociales qui tentent de les comprendre en organisation. Nous faisons allusion à la sociologie des usages.

En effet, nous avons plus haut montré que le grand obstacle au phénomène des technologique est dû par au fait de mettre en place des normes qui viennent d'une décision unique ou hiérarchique. Nous avons également souligné que ces normes imposées ne prennent pas en compte la dimension éthique de « l'éthique clinique et professionnelle ».

Outre ces problèmes soulevés qui peuvent engendrer une incertitude sur la longévité de la technologie dans le domaine de la santé nous pouvons en plus souligner un autre obstacle. : il se situerait au niveau de l'efficacité. La sociologie de l'usage a souvent soutenu la thèse que la mise en place d'un logiciel dans une pratique clinique d'un professionnel de santé ne garantit pas que ce dernier en fasse bon l'usage.

Nous ne pouvons pas nous associer à cette pensée car le poids des technologies dans la santé a fait qu'elles sont devenues incontournables.

Et c'est exactement ce que confirment une infirmière et une aide soignante qui utilisent toutes deux HM:

« Ce n'est plus possible de revenir au papier. Ou faudrait vraiment une grosse panne mais en générale c'est réparer quand même assez vite. Ou alors on est informé donc de fait qu'on prend le papier mais c'est extrêmement rare. C'est arrivé deux fois ».

« Par rapport au ancien système on avait du mal là c'est plus vite c'est différent et il faut qu'on change notre vision qu'on oublie le premier pour bien passer à celui-là et le maîtriser. Et continuer à l'améliorer je pense. Mais il faudra un petit de temps ».

Ce que je voudrais montrer à travers ces témoignages est que malgré le fait que ces soignants attestent que l'outil n'est pas adapté à leur pratique par conséquent présente des difficultés, elles attendent quand même une amélioration car telles qu'elles le soulignent toujours dans les entretenues :

« Ici en l'occurrence il n'ya plus de support papier après ce sont des directives hiérarchiques donc il y'a un moment aussi on est voué à la hiérarchie on ne peut pas travailler seul dans notre coin. On peut être contre quelque chose, le dire mais à ce moment là on sera aussi évincé parce qu'on n'a pas suffisamment de force tout seul quoi ».

Donc les soignants sont obligés d'utiliser l'outil malgré les problèmes d'efficacité qu'il présente. S'il n'est pas performant ou fiable, les soignants l'utilisent quand même pour répondre aux attentes des personnes qui imposent un système, et non aux attentes dans le déroulement des soins. Pour eux, HM est un outil qui comporte beaucoup d' « Items », qui sont inutiles, et qui font perdre beaucoup de temps dans le travail médical :

« Si je mets mes transmissions, on cherche où est l'information par exemple ce matin on a eu le cas pour un départ, on chercher l'heure du départ à l'ambulance, il y'avait deux pages sur la même page mais ce n'était pas écrit la même chose sur un chaque page il y'avait deux items différents c'est le négatif ».

« Moi j'ai utilisé ailleurs un autre logiciel qui s'appelle EPSILOQUE et que je trouve plus performant, que je trouve plus réactif, plus facile d'utilisation, plus intuitif quoi. Et HM pour moi il est long quoi. Pour noter une chose il faut passer sur plusieurs choses, ça prend du temps »

Nous voyons bien à travers ces témoignages une ambiguïté qui s'installe autour de ce logiciel. L'usage de ce logiciel présente une incertitude dans la longévité de l'outil dans les pratiques et met en cause son efficacité dans celles-ci. Or, si nous considérons que l'éthique clinique a comme objectif de résoudre les incertitudes, les conflits de valeurs et les dilemmes qui se présentent entre le médecin, son équipe et les autres professionnels de santé, nous avons constaté un décalage entre l'usage du logiciel et les attentes des professionnels. C'est ainsi que nous que les normes sont plutôt érigées dans une logique de technostructure, qui émane de personnes bien déterminées à imposer un système et une logique technocentre, imposée à l'équipe soignante qui intervient.

Dans cette optique, nous pensons élargir ces deux concepts notamment technostructure et technocentre, à une autre perspective, qui est la « culture organisationnelle ». En ce sens nous comptons voir quels sont les enjeux culturels dans cette problématique de changement organisationnel, comment ils sont pris en considération.

2.3.3 Quelques témoignages critiques autour de la « facturation au fil de l'eau »

Nous avons vu précédemment pourquoi il était si important, notamment en raison de sa complexité normative, d'appréhender l'informatisation de la santé en général, ou l'implantation d'un logiciel dans une pratique clinique en particulier, au travers d'une analyse socionormative, socioéthique, technocentre. La démarche de mener un changement organisationnel qui part du bas en haut nous intéresse. Nous avons vu que cette démarche susceptible de gérer l'incertitude d'une technologie n'est pas très présente dans ces situations. Ainsi qu'en est-il des concepts culturels dans le domaine de la santé ? Quel est un l'outil qui permet le développement d'un cadre de référence spécifique pour gérer l'incertitude de la technologie ?

Selon Smircich (1983) la culture organisationnelle est importante pour le succès d'un projet. Elle trouve que la culture regroupe à la fois cinq éléments fondamentaux qui sont :
« Goals, Administrative system, sociocultural system, production system, technology and structure».
La culture participe au réalignement de l'ensemble de l'organisation qui a tendance à posséder plusieurs cultures (la culture fragmentée) au sein d'une même organisation. Ainsi la culture existante dans l'organisation a des effets sur la normalisation, sur l'implantation et le déroulement d'un projet technologique. En ce sens peut-on dire que la question des normes doit prendre en compte la dimension culturelle de l'organisation, c'est-à-dire les valeurs et les principes des membres de l'organisation ? Ces valeurs et principes peuvent-ils être des vecteurs de changement organisationnel et technologique ?

Nous postulons le fait qu'il est important de bien décrire et connaître les rouages d'une organisation pour mettre en place une norme. Les normes « toutes faites » n'opèrent pas, et n'obtiennent pas l'adhésion des individus ou groupes d'individus. Ainsi les normes doivent être observées comme étant « en train de se faire », capables de modifier les formes techniques et organisationnelles. Pourtant, les gestions nous révèlent le contraire. En effet, la relation de la norme au management postule que la norme doit préexister à tout projet pour que celui-ci soit accepté par les acteurs. Ainsi dans les changements organisationnels où les normes ont été déjà faites à l'avance, on assiste à plus de facilité pour mettre en place l'outil de travail ; c'est ce que nous confirme la responsable des systèmes d'information :

« Après pour les dossiers de spécialités, on est obligé de travail sur un consens au niveau de l'utilisation des praticiens. On a le cas notamment sur la recherche du logiciel d'obstétrique où là le consensus est donné par l'Audipog donc par une norme par laquelle ils se tiennent. Par contre pour la partie gynéco on n'a pas de norme et donc on travailler sur un consensus dans l'établissement. C'est extrêmement difficile de trouver un consensus dans ce milieu de gynéco qui est composé de d'une quinzaine de personnes. Et c'est que là le consensus est très difficile à trouver par contre une application on pourra régler à la problématique du médecin (1, 2, 3) en fonction des besoins de chaque médecin. Donc on est obligé de trouver un consensus »

« En occurrence la gynéco la question est de voir si on met en place un dossier structurer où une page blanche. Et le consensus quand on interroge les médecins personne n'a la même idée. Concernant le dossier de gynéco il y' a pas de normes aujourd'hui imposée par les gynécos. Et chacun fait un peu à son idée et si on met un logiciel on va faire rentrer des habitudes dans des cases. Et là, rationaliser les habitudes c'est pas forcément facile. Et ça passe par beaucoup de dialogues, beaucoup de consensus. Et on est sur ce projet depuis un an et on n'arrive pas à avoir le consensus .Chacun campe sur ces positions personne ne veut se positionner c'est extrêmement difficile ».

Ces témoignages confirment notre constat du fait que l'organisation possède plusieurs cultures. En effet, on remarque dans ces propos que la culture obstétricienne est différente de celle de la gynécologie. Mais également ce qui attire notre attention c'est plus précisément sur la difficulté au niveau du service gynéco où en effet les médecins sont mitigés sur les TIC (le dossier structurer et la page blanche). Cette difficulté relève du fait que dans ce domaine tout n'est pas normalisé contrairement au domaine obstétrique ou les obstétriciens respectent la norme et vont structurer leur cheminement.

Ainsi la question qu'on se pose est la suivante : l'organisation est plus performante quand la norme est déjà installée dans les pratiques ? Un tel questionnement nous oblige à définir la notion de « performance ou d'efficacité » dans les organisations qui se définit comme suit :

« Une organisation existe à partir du moment où il y a reconnaissance des engagements mutuels. Être organisé veut dire être en relation. C'est la relation qui est la matière première de l'organisation » (Taylor, 1993b).

Ainsi si nous suivons Taylor dans ces propos, il faut que les membres de l'organisation soient en relation pour que l'organisation existe et soit « efficace ». Ainsi nous nous posons la question sur comment ils peuvent être en relation?
Partant de notre terrain, nous avons souligné plus haut les difficultés que les médecins en l'occurrence les gynécologues sont confrontés au quotidien ainsi que les gestionnaires. Les difficultés émanent du fait qu'ils travaillent sans norme instituante. Le responsable nous a souligné qu'il est très difficile dans cette façon de faire de trouver un consensus car chacun fait les choses de son côté et les décisions sont individuelles. Ainsi nous pensons dans ce sens que la notion culture organisationnelle est loin d'être unitaire. Il y a des sous cultures au sein même de ce service de gynécologie. Nous mettons en lumière la différentiation de la culture que de chaque organisation, service ou même chaque personne qui affirme la différence.

Ce qui a surtout attiré notre attention sur ce phénomène en tant que chercheur, c'est le fait que tous les établissements de santé tendent vers une normalisation dans la manière de pratiquer les soins. La notion de différenciation qui décrit l'identité et les valeurs de telle structure de santé, demeure très forte dans ce climat de recomposition organisationnelle Aujourd'hui ce phénomène reste global et touche de plus en plus les structures de santé en l'occurrence le domaine public.
Dans ce sens, notre démarche sera de nous s'intéresser à ces différences afin de les comprendre. Ainsi notre posture nous oblige à poser deux questions fondamentales qui sont les suivantes : qu'est ce qui sépare ou rassemble les sous-cultures au sein d'une même organisation? Une culture organisationnelle peut-elle être gérée? La forme auto-organisée des communautés de pratique, ou le travail d'équipe des professionnels de santé, et le processus d'institutionnalisation auquel on assiste, ne sont-ils pas des éléments qui entrent en contradiction ?

Exemple : la facturation au fil de l'eau

Nous avons précédemment posé la question du lien sur la notion de norme que les établissements santé se font par rapport aux technologies. L'arrivée des TIC définissent des nouvelles techniques de travail, mais également les nouvelles méthodes de soins dans la santé. Cela se heurte à des réalités qui sont typiquement liées au monde des entreprises. En effet, cette situation ne concerne pas uniquement les structures privées de la santé mais également le domaine public. Ce dernier, même s'il tente de résister entièrement à des pratiques nèo-

libérales, tend vers ces nouvelles méthodes qui reposent sur une volonté de réorganiser fortement le domine médical pour atteindre une organisation « optimale ».

Nous avons souligné plus haut que la modernisation des services publics de santé s'inspire de plus en plus de ce qui se passe dans les structures privées de santé. Nous avons l'exemple de la T2A qui est basée sur une saisie des médecins en temps réel, donc le médecin alimente des recueils qui sont composés d'une partie de diagnostic (c'est-à-dire le pourquoi le patient est venu ?), et il date ce qu'il fait en fait au cours de l'intervention et de sa venue.

Ces recueils sont récupérés par le service DIM[3] et donc il passe dans une « moulinette » qui s'appelle le groupage, et il va ressortir un groupe homogène de séjour et il y a une table qui a été établie d'un point de vue national en disant que ce patient fait partie d'un tel groupe homogène de séjour par exemple, la clinique peut prétendre à un tel montant pour les soins.

Aujour d'hui, la T2A s'applique déjà dans les hôpitaux privés notamment la clinique de Cesson-Sévigné, le Centre Hospitalier (CH) de Saint-Grégoire. Donc ces structures privées facturent au quotidien à la T2A. Et ils sont réglés à la T2A.

Concernant notre terrain de recherche la clinique la Sagesse de Rennes, elle est aujourd'hui un établissement ESPIC[4] qui est le contraire d'un établissement privé. Elle est entre l'établissement PSPH[5] et l'établissement privée c'est-à-dire elle est semi –privé. La responsable de gestion de la clinique :

« On est à l'envoie tutelle au mois, par rapport à un privé. On va arriver à la facturation au file de l'eau on s'est proposé pour être pilote au niveau de la sagesse mais on n'a pas était retenu, donc certains établissement ont été retenus, on n'a pas été retenu par l'asig[6] santé en fait (un organisme qui retient les établissements pilotes). On a travaillé avec eux l'année dernière assez longuement on était dans les premiers sélectionnés et au final ils ont diminué le nombre d'établissements retenus sur la France et donc on ne faisait pas parti. Donc on n'a pas de facturation au fil de l'eau et donc on passera à la facturation au fil de l'eau quand les tutelles décideront ».

Nous notons à ce propos que la Tarification à l'Activité (T2A) repose sur deux modalités : il s'agit d'être éligible à la T2A, l'autre modalité est liée à la décision de la tutelle pour qu'un

établissement de santé applique la T2A. Ainsi, nous considérons que le principe de la T2A dans un tel établissement de santé publique, n'est pas une décision de ses acteurs mais d'une tutelle. Cependant la principale question qu'il est permis de se poser est en effet : comment la tutelle attribue à un établissement public une nouvelle méthode de travail comme c'est le cas par exemple de la T2A. Voici ce que nous répond un responsable de la direction :

« Après c'est changement de mentalité, donc on essaye de le préparer c'est-à-dire qu'il faut que le médecin code en temps réel son activité. Ce qui est fait dans certaines spécialités et qui est moins bien fait dans d'autres spécialités et donc le travail du DIM c'est de sensibiliser et de dire mais là vous ne respecter pas les délais, le jour où on sera la facturation au file de l'eau il faudra respecter les délais. Donc comment peut –on travailler en amont pour que ce jour là on ne sera pas en difficulté. On sera au fil de l'eau quand les tutelles le décideront. Et donc être au fil de l'eau c'est tenir des délais, et des contraintes supplémentaires ».

Donc toujours d'un point de vue des stratégies de normalisation, nous mettons en lumière que ces propos soulèvent une notion importante qui est la notion de « contrôle » : les délais dans l'activité des médecins sont en effet contrôlés pour être dans ce nouveau procédé. Ce qui nous permet de prendre un peu de recule afin de comprendre ces nouvelles méthodes très pointues qui permettent de surveiller et encadrer les soins

Comment ce font les décisions ? Les décisions de mettre en place des systèmes professionnels ne prennent –elles pas le monde professionnel de santé de cours ? Toute innovation est-elle un progrès ? Où est le progrès dans la T2A ? Quel est l'avantage médical, social, économique ?

Pour répondre à ces questions nous allons recueillir la réaction d'une responsable de gestion à qui on a demandé la logique de la T2A:

« La logique qui est derrière l'idée c'est de tarifer un séjour en fonction de la pathologie du patient. Hier quand on avait pas du tout la tarification à l'activité, on était sur des primes de journées accordées par l'établissement et sur ce prime de journée, on devait réaliser un certains nombre d'actes aujourd'hui on est sur une tarification par rapport à ce que l'on a fait au patient. Si un patient à une telle pathologie et telle intervention on aura tant, si on a un autre patient et autre pathologie on aura tant. Si par exemple grosso modo on dit cette patiente elle doit être présente trois jour et vous devez avoir 1000euros pour ce type d'intervention, s'il est présent cinq jours, on aura un plus on aura peut- être 1500 euros,

alors s'il présent qu'une journée alors qu'il devait être présent trois jours, on aura peut- être que 100 euros. Donc en fait il est établi qu'il y'a une durée moyenne de séjour par rapport à cette pathologie, cette intervention au niveau national et si on n'est pas dans la norme en fait on a un plus ou un moins. L'objectif c'est d'être dans la norme ».

Elle poursuit :

« … Mais il y' a quand même un moyen sur le séjour il faut aussi, et en général tout est fait pour rentrés dans cette durée on va dire préconisée. Et ça à jouer depuis 2005, si on regarde les durées moyennes des établissements elles sont en chute à cause ou grâce à la T2A. Quand on regarde d'un point de vue gestionnaire, ce n'est pas forcément intéressant après il se peut que le patient d'un point de vue médical il faut qu'il reste longtemps, donc là forcément le patient ne va être en voyait chez lui sous prétexte que d'un moins de vue national on dit 3 jours, il faut aussi que ce soit cohérent avec le schéma médical d'ici. Donc on a des seuils hauts et on a des seuils bas parcontre l'établissement est pointé quand on est trop en seuil haut ou en seuil bas. Les tutelles en fait ça leur permet aussi de pointer en disant mais pour cette spécialité vous n'êtes pas dans la norme pourquoi. Donc il y'a une surveillance complète ».

Ces révélations montrent que la T2A est pour justement tendre à ne pas trop garder les malades en hospitalisation. Quand on regarde en fait les normes, le seuil bas et le seuil haut, rend compte qu'en fait par rapport aux pratiques, elle tend à faire baisser la durée de séjour d'un patient. Cette conception repose sur des raisons suivantes :

« Parce qu'en fait le plus n'est pas forcément intéressant dans le sens où en fait l'établissement va avoir en plus en charge de personnel puis que le patient va être présent, en charge de restauration, en charge de toute prise en charge et plus il faut ce dire que les 500 euros va couvrir aussi, les salaires des différentes personnes, la restaurations, les médicaments, à fin tout, l'informatique, tout. Et en fait finalement quand on fait le delta, les établissements se disent nous on devrait plutôt être dans la norme, et c'est ça qui fait les séjours raccourcissent en fait ».

Nous soulignons des raisons purement lucratives dans les soins qui reposent sur une norme nationale qui est le DMS. Cette norme vient révolutionner les pratiques de l'établissement de santé en général, mais les relations entre le soignant/ soigné tel que nous l'avons abordé plus.

Finalement, si nous poursuivons notre raisonnement sur les facteurs de la modernisation de la santé et les deux logiques : technico-économique et médico-intégratif qui s'opposent. Nous

nous posons la question de savoir : par qui, la décision d'une l'implantation d'un système d'information ou d'une nouvelle méthode travail de santé devait-elle émerger ? Celle-ci est centrale, car nous considérons que si des tensions et contradictions résident entre gestionnaires et professionnels de santé pour l'implantation d'un système d'information qui va dans le sens de modernisation et de changement de pratique, ces tensions peuvent se justifier du fait des intensions et les préoccupations différentes des deux côtés. En plus, les systèmes d'information sont littéralement pris d'assaut, dans ce domaine comme dans les autres, par des entreprises privées à vocation commerciale dont les ressources financières sont sans commune mesure avec ce dont les gouvernements disposent, même dans les pays riches. Leur motivation de base demeurant le profit plutôt que l'amélioration de la santé. Une attitude qui soulève des tensions dans le monde de la santé car elle met en avant une perspective de gestion particulière:

« Les systèmes d'informations utilisées aujourd'hui par la plupart des établissements hospitaliers ont été conçus dans une logique de gestion » (Villac, 2004)

Dans le milieu de la santé, on a souvent tendance à percevoir les entreprises privées comme « l'ennemi » qu'on ignore ou qu'on méprise même si sa capacité à développer des produits et interventions, souvent très bien faits et plus attrayants que ce que le secteur public a les moyens de faire, est significative. L'avenir de ces organisations de santé tend vers une tentation de trouver des zones d'alliances possibles avec le secteur privé. Il reste à observer comment ces zones d'alliances doivent et peuvent se faire.

En plus du secteur privé, viennent s'ajouter les politiques qui sont aujourd'hui très impliqués dans le développement des systèmes d'information dans les pratiques médicales. Aujourd'hui, dans ce contexte d'informatisation des organisations de santé, une alliance entre les politiques et le milieu de santé en l'occurrence les professionnels de santé, semble inévitable.

Toutes les entreprises et organisations sont confrontées aujourd'hui à l'obligation de changer et de conduire des changements interne d'identité, de structure, de stratégie, de culture, d'organisation.

Chapitre 3 Stratégie de mise en visibilité des territoires

3. 1 Quand les politiques se saisissent des TIC dans la santé

Depuis quels que années, les TIC en l'occurrence les systèmes d'information ont investi le champ de la santé révolutionnant ainsi les pratiques des professionnels de santé, transformant les processus de construction et de circulation des savoirs, les relations entre les acteurs et les pratiques de santé. Les systèmes d'information comme source de rationalisation, de changement technologique et de modernisation de la santé. Les systèmes d'information comme outil de travail collaboratif entre différents services de même établissement de santé mais également entre deux ou plusieurs établissement de santé ou structure de santé comme c'est le cas du logiciel CURSUS 3 : un outil de collaboratif entre l'établissement français du sang et l'établissement de santé dans le cas ici la clinique la sagesse engendrant ainsi une réorganisation de certaines pratiques professionnelles.

Si l'utilisation de l'Internet en tant que support pour des interventions apparaît en effet comme un élément incontournable et un outil qui s'est imposé dans les services de santé, notamment dans les relations des administrations en charge de la santé avec le public et, plus généralement, de la gestion, il n'en demeure pas moins que les outils de gestions qui ouvrent dans la réorganisation de santé occupe une place de plus en plus importante.

Internet qui a bénéficié un large accord des professionnels de santé, les décideurs politiques, les gestionnaires de santé et plus généralement les malades et le public, l'unanimité dans l'utilisation de l'Internet, s'inscrit l'outil dans une approche multidisciplinaire

« La spécificité de la recherche sur l'Internet et la santé est d'être multidisciplinaire : médecine, sociologie, psychologie, géographie, sciences de l'éducation, sciences de l'information figurent parmi les principaux champs de recherche étudiant les TIC et l'Internet, en lien avec la santé » (Kivits Lavielle Thoër, 2009).

Ainsi, dans le cadre des systèmes d'information portant sur les logiciels de gestion du travail des professionnels nous notons que cette approche de multidisciplinaire qu'incarne Internet dans les pratiques de santé est quasiment absente dans le domaine des logiciels qui sont susceptibles d'assurer la coordination du travail et qui sont beaucoup orientés dans les métiers des professionnels. C'est dans ce contexte que nous avons plus haut posé la question : **par**

qui ? Car le manque d'unanimité dans les systèmes d'information dans les pratiques des professionnels nous oblige à poser un tel questionnement.

En effet notre étude exploratoire dans cette perspective nous révèle une intervention importante des pouvoirs publics dans l'intégration des systèmes d'information dans la santé. Selon les auteurs (Mayère, Bonneville, Grosjean, 2009 et Grosjean, Bonneville 2007 etc), ceci relève des enjeux économiques et politiques publiques qui sont à l'encontre des préoccupations des professionnels de santé nous l'avons souligné plus haut.

Le politique s'implique de plus en plus dans le domaine de la santé en y menant des projets. Est-ce que cela veut dire que le politique prend enfin sa place dans le monde de la santé grâce à l'informatisation de la santé avec ces nouvelles applications telles que la télésanté, la télémédecine, e-santé, bref, l'informatisation de santé devient désormais une préoccupation des élus locaux.

Ainsi selon Pierre Lasbordes Député, président de la Mission parlementaire pour la Télésanté, il considère : « Cela ne concerne pas uniquement le ministère de santé, mais également le ministère des affaires sociales, le ministère de la juste, l'aménagement des territoires, etc. » dans ce sens il convient de se poser les questions principales comment ces organismes s'impliquent dans ce domaines ? Peut-on avoir tous les acteurs afin des mieux mettre en place des recommandations ? Est-ce que les personnes concernées sont présentes pour échanger sur ces nouvelles pratiques ?

Dans le cadre des territoires les technologies dans la santé constituent de véritables outils d'aménagement d'un territoire. Ainsi suite à une étude exploratoire dans ce domaine nous avons constaté que l'implication des élus est peut se justifier du fait ils pensent les technologies contribuent à améliorer l'égalité des territoires, permettent de maintenir les personnes à rester sous leurs territoires (exemple des soins à domicile), ils ont besoin également d'équiper leurs territoires et de moderniser la médecine de leurs territoires. Donc leurs préoccupations reposent sur trois grandes modalités : proximité, cohérence et le développement d'un savoir-faire industriel.

En France, les territoires qui sont à la pointe de ce phénomène d'informatisation sont souvent invités par les autres villes à venir présenter des retours d'expérience montrant ainsi la bonne marche de ces nouvelles façons de faire. Ce fut le cas à Rennes, le 24 Juin 2011 où en effet l'ARS de Bretagne en présence de l'ASIP Santé échange sur les enjeux liés aux systèmes d'information par une présentation de quelques projets régionaux.

3.1.1 Vers une coordination pour une meilleure visibilité

La prise de position du pouvoir dans le domaine des technologies de l'information et la communication se justifie d'abord dans une démarche de retours d'expérience entre les régions, une façon pour les ministères de connaître les expériences qui se font dans les autres régions. Les acteurs politiques désignent les régions qui sont susceptibles de présenter leurs retours d'expériences aux autres villes. Deuxièmement, le politique se positionne entre les acteurs professionnels de la santé notamment sur les contradictions entre les infirmiers et les médecins. Cette contradiction est révélée par Pierre Lasbordes

« Il y a une volonté par exemple, des infirmiers libéraux, de participer un peu plus à ces nouvelles démarches. Donc, il faut que le corps infirmier puissent trouver un terrain d'entente sur le partage des responsabilités et des tâches ».

Le troisième niveau de positionnement du pouvoir politique repose sur une perspective de relancer le marché industriel des nouvelles technologies dans la santé. Ainsi, pour que le marché soit réel et visible les industriels ont besoins d'être soutenus par les pouvoir politiques. Nous pouvons le justifier à travers ces propos :

« Les industriels qui sont prêts. Ils sont, pour parler familièrement, dans leurs « Starting Blocks » et attendent désespérément un signe du pouvoir politique pour continuer à investir. On ne peut pas continuer à demander à des gens, principalement des PME françaises qui sont très performantes dans ces sujets, de continuer à investir sans avoir aucune vision d'avenir. Donc il est urgent, je le dis, que le pouvoir politique prenne position sur cette démarche ».

Ainsi, pouvons-nous considérer que c'est dans ce sens que les pouvoirs publics prennent position officiellement pour que le marché soit renforcé ?
L'implication des législateurs dans cette nouvelle démarche est liée à la réduction des inégalités des soins entre les territoires ils veulent, à promouvoir la proximité des soins et développer un savoir-faire cohérent en matière technologique. Par contre, les élus ont du mal à s'y retrouver dans les projets de la technologie dans le milieu de la santé.
Dans cette perspective, nous mettons en évidence que les technologies dans la santé reposent sur des acteurs qui les utilisent, sur les décideurs qui mettent en place ces technologies, et les collaborateurs qui créent la technologie. Dans ce sens il convient d'étudier la coordination

non seulement entre les acteurs de santé, mais également la coordination entre différents corps (ministères, industriels etc.) susceptibles de participer à cette démarche.
La coordination suppose un travail d'harmonisation, de mise en cohérence afin d'avoir plus de lisibilité dans les projets technologiques, ce qui est un enjeu fondamental.
La transversalité du phénomène est importante, l'implication de plusieurs ministères et pas uniquement le ministère de santé étant forte.
En effet le phénomène d'informatisation de la santé en France a vu la naissance des ARS (les Agences Régionales de la Santé) qui travaillent avec le ministère de la santé. L'informatisation ne concerne pas uniquement donc le ministère de la santé mais également celui de l'aménagement, celui des affaires sociales, celui de la justice. Elle s'inscrit alors dans une problématique transversale aux plans politiques, administratifs, politiques et institutionnels.

C'est dans ce cadre que nous posons la question de la coordination au niveau macro. La coordination est un enjeu central dans les actions des acteurs qui font partie de ces ministères. Elle est un enjeu important dans la prise de décision et le lancement d'opérations (une nouvelle pratique), elle permet également de mettre en contact le local et le national dans ce domaine (coordination entre les ARS et le ministère de la santé).
Cette logique exige à repenser le rôle des acteurs du système général de soin car nous considérons que les obstacles à l'informatisation de la santé ne sont pas technologiques ou financiers, ils sont organisationnels. C'est dans ce sens que le directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse déclare ceci :
« Je pense que les nouvelles technologies ne prendront réellement leur dimension que dans une organisation globale ».
Nous voulons ici, mettre en évidence qu'une organisation du système repose sur une coordination, et que l'Organisation est synonyme de Coordination. Le cloisonnement du système de santé français principalement à cause du retard de la France par rapport à l'e-santé : *« La France est à déploré sur l'e-santé. Pas par manque de technologies, mais parce qu'elle a des cloisons partout »* directeur du CHU de Toulouse. Nous considérons que la démarche de mettre en place des structures décloisonnées doivent se fonder sur des logiques d'organisation qui sont intrinsèquement liées à la notion de coordination. Nous considérons que de telles logiques justifient bien évidemment la présence de la communication dans ce domaine.

Ainsi donc, les acteurs du niveau macro fait appel à des aspects communicationnels et veulent instaurer un lieu de parole où chaque membre propose des solutions pour une bonne visibilité forte et une efficacité du système.

L'intensification du phénomène d'informatisation fait s'accroît le nombre d'acteurs autour de ce phénomène, impliquant ainsi de mettre l'accent pour l'analyse sur les pratiques langagières qui pourront mieux assurer la coordination dans le travail. La question de la coordination est ici centrale encore une fois, ainsi nous portons une attention toute particulière aux activités de « nouages » de différents acteurs, permettant des combinaisons collaboratives, hétérogènes et changeantes dans le temps (Giroux, 2006). Les acteurs qui s'activent autour de phénomènes de communication sont engagés dans des rapports communicatifs. Ainsi, la bonne marche de l'informatisation de santé dépend d'une organisation globale de tous les acteurs concernés, autrement dit d'un collectif de travail. Nous considérons les rapports communicatifs structurent le collectif de travail.

A l'instar du directeur du CHU de Toulouse, qui met sur l'accent sur l'organisation, les autres acteurs reconnaissent également que les acteurs s'activent au niveau macro mais, que l'organisation globale implique niveau fait d'acteurs professionnels qui aussi appellent à négocier en permanence :

« Il faut négocier les nouveaux modes de coopération entre les professionnels de santé » selon Pierre Lasbordes Député, président de la Mission parlementaire pour la Télésanté. L'organisation de ce collectif apparait bien comme une réalité socialement constituée à travers la communication (Taylor et Van Every, 2000).

En ce sens nous pensons comme Latour (2006), qui appelle à un dépassement des clivages entre le macrosociologique et le microsociologique. Il s'agit pour saisir l'organisation de mettre l'accent sur le « processus organisant » susceptible d'articuler les deux niveaux qui représentent l'organisation. Dans ce sens, elle n'est plus une entité, mais un processus qui trouve des solutions dans la coopération de ses membres, dans l'interaction des membres qui la constituent. Selon Giroux, une organisation se fait dans l'interaction, les individus qui la constituent :

« Une organisation constituée d'individus en interaction qui tentent, au moyen d'un processus organisant, de réduire l'équivoque présente dans leur relation à l'environnement. Le processus organisant est un processus de création de signification, d'élaboration de la connaissance se réalisant par et dans la communication » (Giroux, 1997).

La coordination dans le cadre de la modernisation devient centrale. Les sciences de l'information de la communication en l'occurrence la communication organisationnelle occupe une place prépondérante pour analyser ce phénomène de modernisation. La coordination peut être comprise si elle est liée à l'étude des interactions entre les acteurs, dans les organisations de santé modernes. Nous pouvons citer notamment les coordinations autour de questions de sécurité, de qualité, de confiance, de stratégie, qui posent des défis à la communication organisationnelle (Jones, Watson, Gardner, Galloir, 2004).
Dans ce même ordre d'idées, nous voulons éclairer à présent les nouvelles structures et techniques qui accompagnent ces stratégies de mise en visibilité des territoires nouveauté de santé.

3.1.2 Nouvelles organisations : une stratégie d'accommodement

Les professionnels de santé peuvent contrecarrer *« les projets de lois sur la normalisation de la technologie dans les pratiques, sur la décision de mettre en place une technologie dans le domaine de santé »*, provoquant ainsi une contradiction croissante entre les modes politiques séculiers d'un côté, et de l'autre, les codes sanitaires. La réticence des professionnels de santé est souvent perçue par les politiques comme un frein à la modernisation de la santé.

L'histoire des rapports entre les politiques et les professionnels de santé est en grande partie celle du renforcement de la réglementation par les politiques qui se traduit à travers des stratégies pour imposer des nouvelles directives aux professionnels de santé. Toute une gamme de décisions et de propositions a été jouée par les politiques devant la forte résistance des micro acteurs : des lois, du contrôle, de la cooptation, de l'expertise.

Les préoccupations et initiatives dans la gestion étatique des réformes de santé ont été marquées par la valeur marchande, par une autre façon d'exister. D'où en effet l'implication de l'Etat dans les affaires sanitaires, provoquant ainsi des tensions dans ce milieu. En effet, la santé devient aujourd'hui le lubrifiant du capitalisme, contrairement aux années 50, où l'économie occupait une grande place. Le cas des Agences Régionales de Santé, ou des structures qui se nomment Hôpital à Domicile (HAD), en sont une parfaite illustration.

❖ **Les agences régionales de santé (ARS)**

Créées depuis 2010 en France, les ARS *« sont des établissements publics administratifs de l'Etat français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région »*. Ainsi concrètement, *« un des ARS est de rationaliser l'offre de soins, autrement dit les dépenses hospitalières et médicales »*. Ainsi, plusieurs structures ont été regroupées pour former les Agences Régionales de Santé (ARS). Ce nouvel élan va dans le sens des objectifs fixés dans le projet de l' « Hôpital 2012 » (Cf. annexe 14).
Donc en France ce sont les ARS qui gèrent l' « Hôpital 2012 » en partenariat avec trois types d'établissements : les établissements publics (les hôpitaux), les établissements privés purement lucratif, et les établissements privés à but non lucratif.

C'est dans cette perspective que nous assistons à une forme de collaboration entre les ARS et les structures de santé (hôpitaux, cliniques) qui engagent une collaboration étroite en matière de Systèmes de d'Information de santé. Ainsi depuis 2010, plusieurs échanges entre les représentants des ministères français et les acteurs régionaux des ARS, ont permis d'identifier des sujets de convergence dans le secteur sanitaire. Prenant acte d'enjeux communs et d'objectifs partagés, l'Etat en l'occurrence le ministère de la santé et les ARS, ont signé une entente complémentaire de coopération dans le domaine des systèmes de partage et d'échange de l'information de santé. Ainsi depuis 2010, les ARS ont été implantées dans chaque grande ville de France, jouant ainsi le rôle de fédérateur. Les ARS sont vues comme des nouvelles structures qui viennent relayer de façon très subtile l'information sur les réformes de santé. Mais aussi, nous pouvons les considérer comme des interlocuteurs légitimes dans la région qui régulent les projets SI entre les acteurs décideurs et les acteurs micro, autrement dit, l'Etat et les professionnels de santé.

C'est ainsi que nous citons l'ARS Bretagne à Rennes qui est très importante dans cet élan pilote les projets technologiques du système de santé en Bretagne et de politique de coopération entre Etat et structures de santé.
Ainsi dans les problématiques de réformes hospitalières avec les systèmes d'Information, les ARS ont pour objectif de valider les projets de changement organisationnel d'une structure

sanitaire. C'est le cas avec le projet de la Clinique Saint –Grégoire de Rennes qui 2011 se préoccupe de mettre en place le « virage ambulatoire », et qui devait soumettre le projet à la tutelle soit l'ARS de RENNES, pour opérer cette réforme.

- **Accord de partenariat dans le financement des projets SI**

Certes l'action des ARS se centre plus dans les projets portant dans les services publics comme les hôpitaux. Mais l'ARS travaille avec le secteur privé.
En ce qui concerne la Clinique la Sagesse de Rennes, il faut rappeler qu'elle est un Etablissement Sanitaire Privé à Intérêt Collectif (ESPIC). Ce qui fait que la clinique est en partenariat avec l'ARS surtout sur les aspects financiers. Voici un témoignage :

« Nous on est établissement ESPIC c'est-à-dire établissement privé à but non lucratif et intérêt public donc ça fait qu'en fait nous n'on est soumis à déposer nos projets au niveau de la tutelle sauf à demander des subventions à l'ARS, voilà le choix nous incombe complètement »

Nous comprenons bien qu'à travers ce témoignage que les systèmes d'information relève également d'une dimension financière. Ceci montre qu'un projet technologique dans le domaine de la santé, doit répondre à la demande financière pour être préconisé. C'est ce qui justifie la forme de partenariat entre la structure de santé et l'ARS. Donc le critère financier est un critère rédhibitoire qui vient compléter les critères techniques et fonctionnels d'un projet technologique. Dans ce sens c'est la Direction Administrative et Financière (DAF) qui étudie la faisabilité de la technologie d'un point de vue financier de la technologie avec l'ARS.
Cette démarche montre la complexité d'instaurer un projet technologique dans le domaine de la santé contrairement à d'autres organisations.

- **Un besoin de transparence**

Outre les critères financiers dans la préconisation d'un projet technologiques dans le domaine de la santé, il existe une démarche de transparence qu'incarne l'établissement de santé avec

l'ARS. L'ARS est aujourd'hui en France la seule structure habilitée à veiller sur la cohérence d'un projet d'un SI dans une structure de santé.
Ainsi, en toute transparence, L'ARS et la structure de santé se rendent compte souvent sur tout ce qui relève du système d'information de la structure. Comme par exemple l'informatisation de la clinique Sagesse : Voici le témoignage qui nous explique l'action de l'ARS dans la clinique :

« Nous on fait des remontées d'information sur le système d'information d'une façon très régulière, l'ARS est là pour vérifier que notre système d'information est cohérent, que financièrement on est aussi cohérent, elle peut effectivement par des appels à projets, subventionner des projets. Donc c'est l'ARS qui gère « l'Hôpital 2012 », l'hôpital numérique donc effectivement on soumet des dossiers d'informatisation et après ça passe en commission et l'ARS décide ou pas de nous aider sur certains points »

Cet extrait nous éclaire sur l'accompagnement au niveau macro des ARS sur le plan pour une transparence d'un projet en santé. Les organisations de santé doivent forcément jouer la carte de la transparence avec les ARS pour répondre aux attentes des objectifs de « l'Hôpital 2012 ».

L'application de « l'Hôpital 2012 » qui s'inscrit dans le projet de la réforme hospitalière 2007 grâce aux TIC, touche également d'autres structures telles que les structures Hôpital à Domicile (HAD), qui marquent un nouveau tournant dans le fonctionnement de la santé d'aujourd'hui.

- **Vers une désinstitutionalisation : établissements de convalescence et HAD**

Depuis quelques années, nous assistons à des nouvelles formes d'organisations de santé qui se définissent comme le relais principal entre la structure de santé et le patient. En d'autres termes, nous pouvons dire que ce sont des relais à domicile de l'hospitalisation. Des nouvelles techniques de travail qui définissent le paysage actuel de la santé.

Face à cela, de nouvelles formes de restructurations se développent au sein de ces organisations. Des restructurations qui soulignent deux volets : le premier volet concerne la

prise en charge d'un patient à son domicile après une courte durée d'hospitalisation et l'autre volet repose sur la prise en charge du patient en convalescence par une structure HAD.
En ce qui concerne le premier, c'est le soignant qui se déplace chez le domicile du patient pour suivre les soins. Cette nouvelle technique de travail est faisable grâce à l'outil technique qui assure le lien entre la structure de santé et le domicile du patient. C'est la dématérialisation du travail des soignants qui se déroule en dehors des mûrs de l'hôpital. Cette nouvelle méthode est très appliquée par les établissements de santé :

« HAD 35 en fait c'est l'hôpital à domicile, c'est le relais à domicile de l'hospitalisation, nous on est en lien avec l'HAD 35 notamment pour la maternité donc des femmes qui rentreraient à domicile et qui ont besoin de soins peuvent avoir des sages- femmes qui interviennent à domicile. Nous on est surtout sur ce domaine là mais il y'a des établissements qui sont en lien avec l'HAD 35 sur des soins palliatifs mais par rapport à la spécialité de la Sagesse, nous on est plutôt on va dire sur le volet maternité avec l'HAD. Elle est une structure à part entière on fait un transfert des patients par l'HAD 35 ».

Donc en fonction des spécialités l'organisation de santé pratique l'HAD. Dans le cas de la clinique La Sagesse de RENNES, l'HAD se porte sur les pratiques de la maternité. Pour les autres établissements il peut concerner d'autres pratiques. Ce qui montre que cette nouvelle façon de travailler des établissements de santé bouleverse totalement les valeurs traditionnelles de l'hôpital et s'inscrit dans une volonté de désinstitutionalisation. Voici un exemple qui illustre bien ce phénomène :

« On commence un projet qui s'appelle ORIS. Donc en fait ce projet, on vient d'être formé le 3 octobre 2012 c'est tout à fait récent. Donc l'idée en fait c'est de proposer une plateforme pour voir en fait s'il y'a de la place dans les établissements de convalescence, de rééducation et HAD. L'HAD vient de se mettre dans ce projet. Donc en fait sur un site internet on va proposer on va dire et demander à certains établissements de prendre en charge les patients parc qu'ils ont besoin d'une convalescence ou d'une HAD. Et donc c'est une plateforme au niveau du territoire de santé 5 c'est-à-dire Rennes et périphérie. Et donc on devrait passer en production le 19 Novembre 2012. Donc le projet ORIS est un outil qui nous permet de communiquer des informations sur le patient. Son identité sur les informations médicales, c'est pourquoi ils sont allés d'une prise en charge à une convalescence, et l'établissement en retour va dire oui ou non je vais prendre le patient. Cela va éviter les coûts de téléphone, les

fax entre les établissements, donc ça va être un outil où on va répertorier toutes les demandes et l'établissement va accepter, il va y avoir un système de ticket à l'égard des patients »

Ces nouveaux qui définissent les établissements de santé, soulèvent plusieurs enjeux aussi bien sur le plan économique que sur le plan humain. Voici un extrait qui illustre bien ces enjeux :

« (…) moins d'hôpitaux et de personnel soignant, particulièrement de médecins ; freinage de l'utilisation intensive et répétitive du système de soins, surtout dans sa portion lourde (hôpitaux conventionnels et médecins) ; blocage du doublement ou du triplement des consultations auprès des médecins ; diminution de la durée d'hospitalisation ; implication structurellement accrue des patients (responsabilisation, auto-soin, selfacare…) ; « éducation » des patients ; introduction de coûts de base pour l'accès au système (« ticket modérateur »…) ; etc. (Carré et Lacroix, 2001, p 4)

Nous voyons bien que ces auteurs soulignent plusieurs enjeux liés à ce phénomène de désinstitutionalisation. Ainsi, plusieurs enjeux entrent en jeu. Ce qui explique la complexité de ce phénomène Devant cette complexité, les organisations de santé sont obligées de procéder de cette façon pour faire à la situation économique de la santé. C'est ainsi ces projets sont souvent menés sur une logique économique qui soulève divers autres problèmes.

La question de désinstitutionalisation est au cœur des débats du point vue scientifique. En effet plusieurs auteurs notamment ont tenté de comprendre ce phénomène qui marque fortement les organisations. C'est ainsi qu'ils parlent *« d'un espace interactionnel soignant/ soigné en mutation »* (Bonneville et Grosjean, 2009). Ces auteurs s'interrogent sur la question des rituels et du territoire d'interaction.

Selon ces auteurs en communication qui ont abordé ce phénomène, l'enjeu est de mettre en place une certaine forme de stratégies sans déstabiliser cette nécessité de trouver des solutions aux problèmes de santé. Il s'agit de mettre l'accent sur les enjeux humains car pour eux parler de ce phénomène de désinstitutionalisation exige d'autres comportements que doit prendre en compte l'action politique Désormais, le soignant doit s'immiscer dans l'espace du patient en apportant avec lui des outils nécessaires pour les soins. Cette mutation d'espace mérite d'être posée du point de vue de la communication. Car nous pensons que cette forme de relation

entre le soignant et le soigné risque de limiter l'échange entre ces personnes. Ainsi ces auteurs tentent d'appréhender ce phénomène comme un enjeu humain car pour eux la situation du soignant et du soigné doit-être au cœur de ce phénomène. Pour eux, il convient de comprendre le contexte dans lequel le soignant se présente avec ces outils dans le domicile du patient. En ce sens ils parlent d'un contexte multidimensionnel, où les enjeux de communication sont nombreux et multiples (Bonneville et Grosjean, 2009)
Leur préoccupation est d'éclairer sur une démarche de transparence et de communication que doit faire face ce phénomène de désinstitutionalisation. Cette dimension communicationnelle n'est pas représentante pour la stratégie managériale qui sous-estime les relations interpersonnelles et la place des objets, des artefacts dans l'analyse des situations d'interactions.

Mais, nous notons que la démarche de la cadre clinique dans le cadre de l'HAD reste très proche d'une démarche de communication. Voici un exemple :

Les HAD : exemple HAD 35

D'autres éléments qui expliquent un investissement humain de la part des acteurs macro résident dans le fait, de plus en plus, que des professionnels de santé sont de plus en plus détachés de leurs services pour mieux organiser les nouvelles méthodes de travail. Ce que nous avons constaté dans pas mal de services de santé aujourd'hui par exemple à l'hôpital de l'Essonne ou dans le cadre de l'HAD, pour mieux organiser les retours à domicile sécurisés des infirmières ont été détachées de leurs propres services, et vont à la rencontre des patients afin de mieux coordonner cette nouvelle méthode auprès des patients et de leurs familles. Ainsi nous avons appris dans le cadre de l'HAD, que l'hôpital de l'Essonne : *« délivre 50 à 60 cartes par mois, ce qui correspond à environs 90% des retours à domicile »*. Selon l'hôpital une telle réussite repose sur l'engagement de ses infirmières qui ont montré leur volonté de réussir, en adoptant une démarche participative et humaniste.

Ainsi, l'hôpital de l'Essonne est un exemple qui montre qu'une organisation de santé peut à la fois être fondée sur une démarche humaniste, mais elle peut également être attentive à ce que peuvent désormais apporter les technologies. Cette démarche humaniste les technologies dans les pratiques, nous l'avons aussi constaté pendant nos entretiens.

C’est ce que confirme une responsable :

« Après cette réussite, elle s’explique par pleins de points en fait, on a une implication très forte de Laurence et Véronique, elles se sont impliquées très fortement dans le projet et elles ont été déchargées de leur travail on va dire d’infirmière pour ce projet à 100%. La direction a mis les moyens on va dire humains (2 personnes) elles sont au quotidien auprès des utilisateurs que ce soit les soignants ou les médecins et elles aident au quotidiens les personnes et donc dés qu’il y’a une difficulté ces personnes qui sont en difficultés savent qu’elles sont là, dédiées au projet. Elles agissent aussi bien d’un point de vue formation que d’un point de vue paramétrage donc, alignement, la demande, la petite virgule , les modifications , elles tiennent à être réactives et nous au niveau informatique on est un support logistique , matériel on est un support utilisateur et relais prestataire donc c’est vrai que on va dire la mayonnaise elle est bien prise en faite. Parce qu’effectivement on travaille bien »

Il s’agit d’une méthode d’inclusion que les directeurs d’hôpitaux utilisent pour mieux organiser les soins. Et ils montrent l’importance des technologies dans l’organisation des soins. Elles sont considérées comme faisant partie de ces derniers. En vertu de ce principe, les acteurs macro pointent du doigt les organisations de santé qui ne répondent pas à leurs attentes :

« J’ai ce projet DMP, où je vais être obligé de tenir les délais par rapport au tutelle et là, j’ai pas le choix. Côté repas j’ai le choix en fait rien ne m’oblige aujourd’hui à précipiter les choses donc je préfère laisser les choses on va dire évoluer et les mentalités évoluées. Mais effectivement le secrétariat médical il va falloir rationaliser, il va falloir avoir une pratique unique pour ce confronter en fait au DMP, par une règle unique sur ce projet. Et je vais avoir des difficultés parce que je vais avoir un délai à respecter. Mais je vais être obligé de rationaliser aussi sur le secrétariat. C’est vrai que là on parle plusieurs projets mais chaque projet à des contraintes et chaque projet en fait à une contrainte de temps, à une contrainte réglementaire, à une contrainte de rationalisation et tout cela en fait il faut composer avec les acteurs. Donc voilà. Le DMP en fait c’est un outil de tutelle ».

« Déjà c'est la réglementation qui nous oblige à passer sur un dossier informatisé donc, c'est le contrat bon usage du médicament. La réglementation nous impose à informatiser le circuit des médicaments. La réglementation est imposée par la tutelle, donc c'est une réglementation nationale et donc chaque établissement est tenu d'avoir un circuit informatisé au niveau du médicament et donc on a la certification HAS qui vient fin novembre vérifier qu'on soit conforme en fait au circuit médicament »

« Les tutelles ont jugé une appendicite pour 30 jours, et si le patient fait plus de30 jour ce n'est pas forcément intéressant mais c'est en savant mélange entre effectivement favoriser on va dire cette DMS (durée moyenne de séjours) national et puis les pratiques dans les établissements. Et par contre c'est pénaliser un établissement si le patient il sort au bout d'une journée parce que ce n'est pas prévu comme ça, le patient devrait rester trois jours normalement alors pénaliser, après il faut relativiser parce que effectivement c'est aussi moins de personnel, moins de restauration, moins de médicaments … Mais il y' a quand même un moyen sur le séjour il faut aussi, et en général tout est fait pour rentrés dans cette durée on va dire préconisée. Et ça à jouer depuis 2005, si on regarde les durées moyennes des établissements elles sont en chute à cause ou grâce à la T2A ». « Les tutelles en fait ça leur permet aussi de pointer en disant mais pour cette spécialité vous n'êtes pas dans la norme pourquoi ».

Ces témoignages sont symptomatiques de l'omniprésence de la tutelle dans la restructuration des pratiques médicales et les comportements des établissements de santé en relation à ces nouvelles méthodes. Refuser de faire allégeance à la tutelle comme le font certaines associations de malades qui critiquent ouvertement les pouvoirs politiques dans ce sens ou comme certains médecins qui sont dans une « neutralité ambiguë » et qui critiquent ce qu'ils considèrent comme du « systématique » , est considéré par les autorités de la tutelle comme de la résistance à ces nouvelles techniques ou dés fois comme une peur du changement de la part des praticiens.

Mais le problème redoutable que pose cette référence incessante à la technologie dans les pratiques médicales est la question du « systématique ». Pour reprendre un médecin gynéco-obstétricien, « c'est le systématique qui pose problème dans le changement des pratiques médicales, ils veulent appliquer tous ces logiciels (HM) dans tous les services, alors que même dès fois c'est vraiment inutile ». En effet, la tutelle ne tient pas compte de sur

l'organisation d'un service clinique, c'est uniquement sur les retours d'expériences de certains établissements que se fondent leurs décisions. Dès lors, chaque groupe d'acteurs tire vers soi la vérité.

Nous ne pouvons bien évidemment retracer ici toutes les oppositions entre les autorités et les praticiens, nous allons nous limiter à poser les jalons à partir de la perspective de la tarification à l'activité. Celle-ci semble en effet être un angle d'attaque pertinent qui permet de comprendre l'émergence des théories de quels auteurs en communication qui ont œuvré dans ce sens en éclairant sur ces nouvelles méthodes qui transforment le milieu médical, mais aussi certaines préoccupations relatives au pouvoir des autorités.

3.1.3 Rhétoriques des acteurs macro

La LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital a pour objectif :

« de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention) ».

Ensuite, il y a eu à cette même date le vote de la loi HPST.

L'article 78 de la Télémédecine en France stipule : «Tout acte médical réalisé à distance, en utilisant les NTIC en santé (nouvelles technologies de l'information et de la communication) relève de la télémédecine. Bien qu'elle soit limitée par une absence de contact direct du patient avec son médecin, le Code de la santé publique (Article L6316-1) officialise sa pratique car la loi dite HPST a reconnu qu'elle pouvait être rémunérée. Pourtant cette déclaration ne doit pas cacher qu'à l'instar de l'essentiel des pays industrialisés, la France a en un système de santé performant, élargi où le statut personnel est largement inspiré de valeurs sociales et humanitaires, où le reste du droit est promulgué par l'Etat. C'est de là que vient ce que l'on pourrait appeler le problème des technologies dans la santé. Les autorités partent de ce constat portant sur le discours de Roselyne Bachelot :

« Si nous voulons continuer à obtenir un système performant, nous devons faciliter les pratiques collectives et pluridisciplinaires, mutualiser les compétences, accélérer les

échanges, renforcer la sécurité des patients, améliorer leur prise en charge : ma priorité, je tiens à le dire clairement, est de mettre les technologies au service de l'accès aux soins et de la qualité des soins, pour tous nos concitoyens ».

Ce type de discours est un leimotiv dans le discours des autorités de santé faisant ainsi les projets technologiques dans la santé une réalité qui doit reposer sur des rhétoriques et des cadres. Dans ce sens les auteurs en communication (Giroux, 2011, et autres) ont éclairé sur cette manière d'aborder le changement, portant sur un changement technologique en particulier. Pour eux, cette posture qui tend vers un changement comme étant « un projet à réaliser » (Giroux, 2011 p 183) est une démarche qui appréhende difficilement le changement et utilise les discours rhétoriques comme recours pour favoriser ce changement.

Les auteurs en communication dénoncent cette manière de mener un changement organisationnel qui repose sur ce qu'ils nomment

«La communication du changement que l'on veut faire » (Giroux, 2011p182).

Ainsi selon eux c'est ici que se situe la source des contradictions actuelles entre les autorités de santé qui prennent les décisions de changer le système et des professionnels de santé. Ces derniers, récusent cette vision systématique technologique qui fait du « Tout informatique ». En effet pour les professionnels de santé :

« Il ne s'agit pas de mettre en place un système de santé virtuel. Les technologies, aussi sophistiquées soient-elles, doivent accompagner, et en aucun cas remplacer, la relation personnelle et primordiale entre le patient et le professionnel de santé ».

Cette vision est partagée par des médecins que nous avons interrogés et qui nous ont témoigné leur sentiment de réticence sur le fait que les autorités veulent généraliser la technologie dans toutes les pratiques.

Ainsi pour les auteurs en communication, cette opposition ou même « dualisme » pour parler le langage Giddens, entre les autorités de santé et les professionnels de santé, n'est pas fondée C'est précisément ce qu'ils vont monter en partant d'un constat simple :

« Les organisations tendent à changer continuellement, mais que leurs partenaires s'attendent qu'elles soient fiables pour ce qui est de leur production. Elles doivent donc,

manifester un minimum de continuité dans leur processus. Les petits changements qui s'accumulent peuvent, produire des changements importants, qui parfois sont des changements non désirables, voire des catastrophe Il en est de même des ruptures dans le sensemaking collectif, qui peuvent provoquer des tragédies » (Weick, 1993,1995, 1990 traduit par Giroux, 2011 p 211).

Les auteurs en communication posent en effet une équation qui n'est pas simple à résoudre pour le concepteur technologique ordinaire : comment peut-on juger une pratique performante et fiable, c'est –à-dire considérer des outils existants qui s'adaptent aux besoins des utilisateurs dans leur pratique quotidienne et vouloir changer systématiquement cette pratique ? Pourquoi la technique du changement dans le domaine de la santé se mène de deux manières ? L'une morale et sociale où l'on sollicite l'utilisateur ou l'acteur, et l'autre, politique et économique, où on le récuse, où on n'implique pas l'utilisateur. Cette séparation, disent les professionnels de santé, n'est ni naturelle, ni logique, elle est le fruit d'une construction artificielle de la technologie, celle de la performance à tout prix.

Il faut donc se mobiliser contre un système qu'ils qualifient de « médico-économique », pour que soit en enfin associée à la technologie de santé les préoccupations des professionnels de santé, liées à leurs pratiques naturelles. Pourtant actuellement ce sentiment de rejet de la technologie par les praticiens semble de moins en moins présent dans les pratiques, dans le vécu. Sur les rhétoriques autour des TIC et leur efficacité, à la clinique Sagesse, les professionnels de santé ont l'impression d'utiliser des technologies qui respectent à de nombreux égards leurs pratiques. On pourrait presque dire que les professionnels de santé s'approprient bien les technologies. Respecter leurs pratiques signifie : adaptabilité à l'outil, conception pensée par la performance dans qualité des soins et non économique…) les TIC sont d'abord et avant tout pensées comme étant au cœur de leurs préoccupations.

Dans ses discours on voit que L'Etat pour sa part, n'interfère pas ou peu, dans les grandes obligations sanitaires, au contraire, il cherche à se rapprocher des services publics de santé et à renforcer la cohérence de l'action publique. C'est ce qu'on remarque aujourd'hui avec la mise en place de nombreux projets allant dans le sens de veiller ainsi à la cohérence de l'ensemble et à éviter la dispersion des moyens, tant humains que financiers, qui sont comptés. Seul un cadre national s'imposant à tous permettra de libérer les initiatives et l'innovation, tout en garantissant le bon niveau de mutualisation et le respect des règles de sécurité et d'interopérabilité.

Dans ce contexte de recomposition des jeux d'acteurs toutes les Associations de santé ont vécu sous l'emprise des discours technologiques. Elles ont accepté la réforme d'un système de santé allant dans le sens de la technologie. Ont-elles été prises de court par les décideurs, qui assurent la gestion des systèmes d'information ? Leurs discours sur la performance et l'amélioration du médical à travers les systèmes d'information est frappant?

Ces décideurs qui détiennent le pouvoir, ont imposé leur idéologie, d'autant plus qu'ils bénéficient du soutien du gouvernement. De leur côté, les associations qui avaient toujours nourri de la méfiance envers le changement des pratiques médicales à travers la technologie, ne pouvaient prétendre à la prise de décision et à la mise en place d'un quelconque outil dans les pratique clinique, à cause de leur manque de convergence dans ce domaine. Les associations semblent assez fragmentées et cloisonnées pour avoir une position claire dans une situation de changement technologique dans le milieu médical. Elles intègrent le système en position de complémentarité, et non du développement de l'offre publique car l'état ou toute autre collectivité territoriale préfère déléguer la gestion d'un problème. L'association va jouer dans ce cas un rôle de coordination et de relais d'information auprès des professionnels.

Le secteur sanitaire et social se trouve quelque peu noyé dans cet ensemble, entouré de mouvements caritatifs, humanitaires et des dispositifs d'assistance et de défense d'intérêts.

Du fait, certainement, de cette complexité, la participation des associations au secteur de la santé est assez peu lisible. À notre connaissance, peu de travaux ont porté spécifiquement sur les associations du secteur sanitaire et social et l'ont fait sous l'angle des rapports de ces associations aux pouvoirs publics (ALIX, 1993) et sous l'angle de la structuration de ces organisations (DEMOUSTIER et al. 1996).

En santé, dans nombre de travaux sont évoqués le rôle et la place des associations et l'étude de la place de l'usager dans le système. Mais cette de voir les éléments du système est restrictive, car elle se cantonne à la représentation des droits individuels, n'abordant que partiellement plusieurs pans du « fait associatif » en santé : l'offre alternative de services, la promotion et l'éducation à la santé, la collecte de fonds pour la recherche et l'aide et le soutien moral aux personnes.

Les associations oeuvrent dans un contexte relativement peu coordonné. Leurs responsables se chargent tel qu'on l'a décrit plus haut de gestion d'un problème, de la coordination, jouent un rôle relais d'information.

En ce qui concerne les nouvelles techniques de travail dans le domaine de la santé nous notons donc un milieu associatif qui est souvent inorganisé, et peu lisible. Le positionnement de l'association à l'égard des systèmes d'information révèle une opposition à une autonomie d'action, et à une adhésion aux contraintes du jeu institutionnel. Elles se chargent de la moralité publique, proposent un système qui repose sur le respect des valeurs éthiques et déontologiques, et laissent aux décideurs la prise de décision pour la mise en place des systèmes d'information. Dans ce sens la prise de décision n'est plus considérée comme une manifestation de « l'intelligence collective », qui caractérise le travail d'équipe (Mondada, 2002). Pour elle :

« la prise en considération des différentes entités concernées par les activités en cours : des collectifs d'une part et d'autre part des objets intermédiaire, des artefacts, des technologies- dans la prise en compte de ce que la théorie de l'acteur-réseau appelle associations et des alignements entre humains et non-humains. L'importance des collectifs, des groupes, des équipes, des cohortes impliqués dans la réalisation d'une tâche est fondamentale pour reconnaître l'interaction comme dimension constitutive du travail, celui-ci se confondant avec les modalités de coordination de l'action qui le rendent possible. Ceci place la dimension sociale au cœur du travail, non pas uniquement en termes de cadres institutionnels et de relations hiérarchiques mais en termes de coordination et de l'action collective » (Mondada, 2002, p 4).

Nous pouvons presque avancer que l'attitude des décideurs politiques envers les associations dans le cadre de la gestion d'un changement technologique en milieu sanitaire, montre à quel point dans ce domaine toutes les entités ne sont pas prises en compte au niveau de la prise de décision.

Pour aborder la conception du milieu associatif envers les nouvelles formes d'organisation dans le domaine de la santé ainsi que leurs discours pour exister dans ce secteur, nous avons voulu adopter un comportement de chercheur qui nécessite de mettre les choses dans son contexte. Dans ce travail, nous avons plus haut expliquer le contexte de la mise en place des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé qui repose sur l'idée de faire face à la crise sanitaire des années 80, à la réduction des coûts, aux politiques restrictives bref, notre posture de chercheur nous oblige à mettre en place le contexte préalablement à l'étude.

Ainsi, à travers ce contexte, nous n'ignorons pas non plus la part des associations de santé qui occupe une place prépondérante entre l'Etat et les professionnels de santé. Cependant leur trajectoire d'action et leur implication dans la prise de décision reste très limite. Or, nous défendons comme Mondada que

« les activités professionnelles sont considérées comme étant à la fois structurées par et structurantes pour le contexte où elles se déroulent, contribuant au maintien et à la transformation de l'institution ou de l'organisation où elles prennent place » (p4).

En d'autres termes nous précisons par là que les associations de santé que nous pouvons assimiler également à des organisations, ont beaucoup œuvré pour la prise en compte des « contextes » dans leur mise en œuvre.

Le sens du dialogue des associations et du compromis des professionnels de santé ont toujours permis d'éviter que des oppositions ne se transforment en rejet ferme du changement technologique. Cet équilibre fait de consultation et dialogue a assuré l'acceptabilité de la technologie. En réalité, il existe une appréhension du changement car l'arrivée des nouveaux logiciels remet fondamentalement en cause le système existant : les utilisateurs des logiciels (HM et CURSUS) n'ont jamais ouvertement critiqué le système existant ni milité pour la mise en place d'un logiciel nouveau. Mais ils reprochent aux décideurs le changement imposé de leurs pratiques. Leur priorité était de mener un travail de qualité qui repose sur les règles d'éthique et de déontologie, un ordre moral qui incarne les valeurs du milieu médical. On note ainsi une dimension très forte de la morale au niveau des soins, qui repose également sur une vision très conservatiste des valeurs du domaine médical.

Ces transformations dans l'organisation des soins sont portées par des rhétoriques orientées vers du néo-conservatisme. La nouvelle vision des décideurs politique, économiste ou managérial tend vers un système néo-conservatisme. Nous allons détailler cette notion néo-conservatisme qui guide la nouvelle dynamique du système de santé. En effet, la santé s'ouvre sur de nouvelle technique de travail : travail à distance, travail en réseau, utilisation de nouveaux outils. Ceci en conservant des valeurs, en respectant certaines réalités et identités en mettant en place des politiques restrictives

La crise de santé mais également la nécessité de trouver une solution à la crise conduisent à ceci. Ce système néo libéralisme repose sur la mise en place d'une réorganisation du système de santé qui repose sur l'implantation des technologies de l'information et de la communication, mais également sur la mise en place de nouvelles techniques de travail. Par

exemple le « Virage ambulatoire », devient aujourd'hui un dispositif de travail des acteurs de santé. Nous le considérons comme un dispositif plutôt que comme un outil de travail.
« Le virage ambulatoire constituait l'une des mesures devant permettre d'atteindre le déficit zéro conformément aux politiques de l'État. Il s'inspirait des programmes américains de type ambulatory care, mis en place depuis le début des années quatre-vingt » (Saillant, 2000).

On ne doit nécessairement parler d'un « virage » comme tel puisque c'est maintenant une pratique courante instaurée, mais il constitue un changement important. Concernant notre terrain de recherche qui est la clinique la Sagesse à Rennes, le virage ambulatoire n'est pas totalement appliqué tel que le précise le responsable des systèmes d'information de la clinique :
« Virage ambulatoire : retour anticiper des mamans, le retour modulables les sages femmes vont à domicile en fait lorsque les mamans font un retour précoce à la maison. La clinique sagesse n'a pas d'HAD (hôpital à domicile) en fait ».

Donc pour cette organisation cette pratique est limitée à certaines spécialités, par exemple au niveau de la maternité qui tend vers cette nouvelle méthode de travail.
Ce type de changement occupe de plus en plus les hôpitaux en France qui trouvent pour légitimer ces outils des discours à mettre en avant. C'est le cas de la clinique Saint –Grégoire de Rennes qui préoccupe depuis Octobre 2011 à mettre en place ce nouveau dispositif de travail qui consiste à traiter les patients en ambulatoire ou à domicile.
Pour notre travail, il s'agit maintenant d'éclairer une notion forte afin de mieux comprendre encore cette nouvelle méthode qui dessine le milieu de la santé : la notion de dispositif qui est marquée par une communication d'accompagnement là encore très stratégique dans les organisations de santé :

« Le dispositif est un concept qui marque les probabilités immédiates pour les activités que vont réaliser les acteurs. Il se montre déjà actif dans leur façon de se conduire. Mais si on veut que ses initiatives obtiennent un certain effet social, on devra aussi anticiper l'activité du dispositif » (Raffnsoe, 2008).
Nous soulignons par là un élément important que soulève Raffnsoe qui est celui de la notion d' « anticipation » critère qui incarne un travail collectif, et qui repose sur la mise en implication de tous les acteurs qui veulent de mettre en place un nouveau dispositif. Cette dimension collective est soulignée par ce même auteur qui dit ceci :

« Le dispositif est, d'autre côté une idée collectivement produite qui oblige, et qui est seulement « donnée » dans la mesure où elle est présente dans l'individu »

Delà nous considérons que la notion de dispositif est construit, ou est une création de l'individu tel qu'il est décrit par Deleuze

« Le dispositif n'est pas une interprétation, mais un résultat », ce n'est pas ni une représentation ni une image de quelque chose mais une construction qui se montre par suite du fait qu'on additionne deux choses. Une addition qui établit des nouvelles lignes de communication transversales dans et par rapport à celui d'avant, qui permettent de s'orienter vers des buts précis ».

Cette façon de penser l'outil et très proche de notre posture théorique, inscrite dans une perspective socio- contruiviste qui tend vers une addition de deux dimensions structurantes de l'organisation : le micro et le macro. Dans cet esprit nous assimilons le « virage ambulatoire » à un dispositif accompagné de nombreux discours managériaux. Cependant dans certains hôpitaux qui ne l'ont pas encore pratiqué, comme à la clinque à la sagesse de Rennes, le virage ambulatoire reste un dispositif non encore reconnu, contrairement à d'autres hôpitaux en France ou à l'international par exemple au Canada et aux Etats –unis, où cette nouvelle méthode existe dans la plupart des hôpitaux depuis les années 90.

Nous nous sommes posé la question nous même, et nous avons également posé la question à une responsable de la clinique qui nous informe qu'actuellement la clinique La Sagesse n'a pas été désignée à mettre en place ce dispositif.

Ainsi nous observons par cette réponse que la mise en place d'une nouvelle technique de travail repose sur des protocoles précis. C'est le cas de la clinique Saint-Grégoire. Après avoir discuté de ce dispositif en interne, le projet a été soumis et on a attendu de la décision de l'Agence Régionale de Santé afin qu'elle valide le projet de mise en place du « virage ambulatoire ». Nous analysons cette attitude comme ce qui relève d'une dimension sociale et collective. Ainsi dans le processus de mise en place du « virage ambulatoire » au sein de cette institution

« On découvre au contraire un modèle sur lequel se règlent les activités et les événements sociaux qui naissent par l'interaction sociale et qui sont la création de tout le monde et de personne, une activité de pouvoir qui n'est pas localisée puis qu'elle existe disséminée dans le domaine social ».

En effet, en travaillant avec les acteurs internes et externes sur ce projet, la démarche de la clinique Saint-Grégoire reste, en termes de communication d'accompagnement, dans une

logique d'interprétation du dispositif, et ne considère pas celui-ci comme une technique qui peut entrer en interaction avec d'autres techniques immédiates.

Pour créer ou mettre en place ce dispositif du « le virage ambulatoire ». Pour eux, s'agit –il d'une démarche qui veut écarter certaines idées qui se développent autour de ce dispositif ? *« On veut faire en sorte que les infirmières voient plus de patients, en moins de temps et avec des ressources plus limitées. Leur voiture devient leur bureau, leurs évaluations/bilans se font à l'heure du dîner. On exige donc un « multi-tasking » intense qui s'avère un enjeu important dans le domaine »*. Ainsi pour écarter cette conception de voir le virage ambulatoire au sein des pratiques de la clinique, la clinique invente une nouvelle manière d'entrer en relation avec les autres:

« Le dispositif se réfère au réseau des correspondances entre les événements isolés qui les attachent les uns aux autres. Cela désigne le systématique complexe qui se laisse construire dans la dispersion apparente d'actes et dans leur interaction » (Raffnsoe, 2008).

Il s'agit ainsi repérer des tensions et contradictions, des conflits, mais aussi de rendre compte de l'importance du dispositif, et d'un changement qui se fait. En ce sens la clinique s'est réunie plusieurs fois. Des réunions entre les membres concernées ont permis de réfléchir à des méthodes et perspectives concernant cette problématique de la déambulation. En d'autres termes, définir des actes et des organisations de séances « pauses café », ou des « journées portes ouvertes » autour du « virage ambulatoire », devient essentiel. Ce qui rejoint à l'idée de Raffnsoe qui une fois de plus considère que

« Le dispositif doit forcément se faire valoir en formant des actes et des événements sociaux « saisissables ». La formation et l'élimination d'un nouveau dispositif paraissent comme des possibilités de créer de nouveaux agencements »

Cette pensée de Raffnsoe est assez proche du modèle de traduction de Latour :

« I use translation to mean displacement, drift, invention, mediation, the creation of a link that did not exist before and that to some degree modifies two elements or agents » (Latour, 1994).

L'idée se précise au fur et mesure selon les adhésions qu'elle suscite, aux différentes traductions qui en sont faites. Dans cette perspective le projet qui repose sur une idée de départ n'est pas immuable, et peut être discuté à tout moment, tel qu'il nous le décrit dans ces propos :

« On mesure toute la difficulté de l'innovation à qu'elle assemble au même lieu et dans la même combinaison une population de gens intéressés, dont une bonne moitié est prête à déserter tout à fait, et un dispositif de choses, dont la plupart sont prêtes à tomber en panne ».

« Hommes et choses ne suivent pas chacun leur logique, mais les logiques de chacun s'entrecroisent » (Latour, 1992). Les processus d'innovation reposent sur l'interaction des hommes et des choses.

Dans cette perspective quel est le lien, entre d'outil ou objet technique et la notion de dispositif. Ces notions semblent être identiques au niveau de la sémantique, mais en fait non : l'objet technique est un élément inclus dans le dispositif d'où la dimension forte de la communication organisationnelle associée, souvent au dispositif en train de s'installer. Prenons toujours l'exemple du « virage ambulatoire » que nous avons défini dans ce travail comme un dispositif. En effet, une fois que ce projet est mis en place, il va faire appel à d'autres outils(ou objets techniques) afin de mieux faire suivre le projet. Rappelons que l'objectif du travail en ambulatoire est de faire en sorte que les malades ne restent pas longtemps à l'hôpital, ou ne soient pas hospitalisés après une opération qui ne relève pas de complications. Donc le malade rentre juste chez lui après l'intervention médicale. Cependant il sera suivi à domicile par des infirmières ou infirmiers qui viendront au domicile du patient avec leurs trousses médicales, un ordinateur, etc. Ainsi nous voyons bien qu'autour de ce virage ambulatoire qui n'était qu'une idée au départ, se transforme et se précise avec l'ensemble des nouveautés organisationnelles : ordinateurs, notes, prescriptions, trousses et que nous considérons comme des objets techniques qui participent à la réalisation d'un travail à distance, comme pour le « virage ambulatoire ». Par exemple, le déplacement des infirmiers reste un poids fondamental dans cette nouvelle méthode de travail. Il s'agit alors de prendre en compte tous ces éléments pour réaliser le correctement le « virage ambulatoire ».
Ainsi, si le dispositif est comme un élément de l'interaction entre technologie et humain, cette définition est attribuée à l'objet technique par Latour. Pour cet auteur :

« Un objet technique est un « objet fractal, c'est-à- dire composé d'autres techniques et d'autres objets techniques. Certains de ces objets sont maîtrisés, c'est-à-dire qu'ils sont compliqués, mais connus. D'autres sont moins bon connus et leur complexité n'est pas encore maîtrisée. Cette complexité vient de ce que l'objet technique n'est pas seulement

matériel mais spirituel : il est fait de signes, de textes, de traces. (Humains et non – humains) » (Latour, 1992).

Ainsi donc, pour conclure cette partie nous assimilions ce dispositif de « virage ambulatoire » comme un objet technique qui combine à la fois « humains » et « non-humains », qui doivent leur forme à leur capacité de redistribution de compétences et de performances à tous les acteurs qu'ils lient et qui les lient.

Discours technologique et politisation

L'une des dimensions essentielles du discours technologique est en effet sa capacité à politiser les technologies. Ce processus de politisation est en partie lié au principe d'action politique dont on a dit qu'il est une dynamique de transparence et de cohérence dans la préconisation un projet technologique dans le domaine de la santé.

Pour appréhender ce phénomène, partons des discours des macro-acteurs dont les contenus de leurs discours laissent déjà présager des pré-requis Nous verrons à travers ces discours comment l'espace politique s'engouffre le débat de tout se qui est relatif à la technologie dans le domaine de la santé.

Voici donc quelques discours que n'allons présenter dans cet extrait :

Discours 1

2011 SERA L AN 1 DE LA TELEMEDECINE

Michel Gagneux, chef de la mission de préfiguration de la Délégation des systèmes d'information de santé et Président de l'ASIP Santé

« Pour la première fois depuis de nombreuses années se constitue un dispositif de gouvernance répondant aux positions émanant de personnalités ou de rapports sur la télésanté. Cette gouvernance prend la forme d'un triptyque :

Rationnaliser la capacité de matière d'ouvrage publique en matière de système d'information, en réorganisant les opérateurs. Avec l'Asip Santé et l'Anap, nous disposons ainsi de deux pôles d'expertise cohérents de maîtrise d'ouvrage déléguée. Ce seront les bras armés des pouvoirs publics pour piloter les politiques publiques.

Mettre en place au sein du Ministère une structure de coordination à vocation transversale pour veiller à la mise en cohérence des institutions. Ce sera la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé.

Constituer un conseil de la technologie de l'information en santé placé auprès du Ministre pour donner la lisibilité nécessaire à la politique publique dans ces domaines.

Ce cadre se constitue. Ce n'est pas une condition suffisante, mais c'est une condition indispensable.

Il faut aussi des pré-requis.

Des structures territoriales capables de porter des projets

Une interopérabilité

Un cadre général de sécurité en matière de systèmes d'information, intégrant la confidentialité des données et les droits des patients

Un certain nombre de référentiels.

Ce cadre rénové de pilotage se met en place. L'année 2011 sera l'an 1 de la télémédecine.

Les ARS devront disposer d'un volet télémédecine dans le cadre de leur projet de santé avant 2012. Sous l'égide de la Direction générale des soins, s'est mise en place une architecture d'élaboration d'un plan national de déploiement de la télémédecine pour donner aux ARS tous les outils ARS tous les outils nécessaires pour assurer leur mission.

Dans le cadre de la Politique des investissements d'avenir se met en place toute une série d'actions avec des appels pour faire émerger innovants de télésanté ».

Discours 2

Alain Gautron, Directeur général de l'ARS Bretagne

LES TERRITOIRES CONSTRUISENT LEUR PROGRAMME DE SANTE

« C'est inscrit dans le Projet Régional de la Santé 2012-2016, l'ARS Bretagne souhaite une offre de soins et une politique de prévention équitable et accessible pour tous les bretons. Ainsi, il convient de décliner les plans d'actions du Projet Régional de Santé à l'échelon local. C'est l'enjeu des Programmes Territoriaux de Santé. Ensemble, les coordonnateurs de territoire de l'ARS Bretagne et les chargés de mission des conférences de territoire conduisent ces travaux. À ce titre, ils sont les interlocuteurs des partenaires de proximité. Ils accompagnent dans la conduite de leurs initiatives : la création d'un pôle de santé pluriprofessionnel, les coopérations hospitalières, la formalisation d'un projet de télémédecine ou d'un parcours de santé…

Ils sont à l'écoute de toutes les démarches visant à améliorer les conditions de prise en charge. Ces projets intégreront les Programme Territoriaux. De Santé. Ainsi, leur construction se réalisera de manière *participative et ascendante*, jusqu'au 31 décembre 2012, en application des trois principes qui guident l'action de l'Agence : concertation,

territorialisation et contractualisation

Voici de très beaux discours qui, une fois écartées les références politiques, pourront parfaitement être des discours intégratifs du fait de l'emploi de termes qui supposent être d'une démarche participative. On aurait remarqué un autre type de discours qui n'appartient pas au discours des macro-acteurs. On les entend prononcer de nouveaux types de discours qui sont souvent du ressort des professionnels de santé et qui sont différents de ce qu'on a l'habitude d'entendre de la part des politiques. On aurait tenté de voir là un mode nouveau, en faisant des valeurs humaine une dimension essentielle. Nous avons constaté que c'est désormais des formes de discours participatifs que se livrent les politiques contrairement à ce qu'ils prononcés dans les années 2000 à 2005.

Ainsi, depuis 2007 on note des discours qui prennent une autre tournure dans le domaine de la santé. Ils consistent à mettre en relation les technologies et les professionnels de santé et tentent de minimiser leur part dans le processus de décision. Ainsi, sommes-nous dans une étape où le discours politique tente de se remettre en question et de privilégier la piste d'un discours que nous pouvons appeler un discours méta-politique : un discours renouvelé dans un cadre de consultation. Un cadre qui a toujours compris que le discours politique ne doit pas se résumer à mettre en place des équipements techniques et économiques. Il doit poser des problèmes pratiques, d'organisation professionnelle. C'est dans cette démarche que l'on peut parler de partenariat entre deux logiques souvent en confrontation.

3. 2 TIC et Santé un partenariat pour explorer de nouvelles applications

On entend souvent dire que la complexité des technologies dans le milieu de la santé vient essentiellement de ce qu'on confond la logique technico-économique et la logique médico-intégrative. Contrairement à l'entreprise par exemple, qui ne se préoccupe que de la première logique, les organisations de santé doivent articuler les deux logiques pour que la technologie soit un outil performant dans les organisations de soins. Ces dernières structures qui subissent fortement l'emprise de la technologie après les entreprises, sont à l'origine essentiellement

liées des pratiques conservatistes, publiques, et très hiérarchiques. Pour justifier cette réputation faite aux organisations de santé de ne pas dissocier l'approche médico-intégrative du patient, on invoque la totale confusion que les systèmes d'information opèrent entre le soignant et le soigné. Les formules telles que : « Je veux rester chez moi en santé et en sécurité » ou encore « Ma santé chez moi », ces « slogans idéologiques » proclamés par les gestionnaires des systèmes d'information dans leurs plateformes, ne sont pas brandis par les médecins ni les patients.

3.2.1 Une intensification du travail médical

Depuis quelques années le travail médical s'intensifie. Une raison qui s'explique par l'expansion des technologies dans ce domaine. Le passage de l'analogie au numérique impacte également sur le travail médical. On n'entend souvent parler des discours managériaux, de réingénierie du travail médical dans les organisations de soins qui se révèlent sur plusieurs points : il s'agit de revoir les modalités de prise en charge de la maladie et des patients, d'augmenter la cadence de travail des soignants, de fluidifier la circulation de l'information, d'en arriver à faire en sorte que les soignants traitent le plus grand nombre de patients donnés dans un temps de plus en plus cours, éventuellement avec des ressources moindres.

Ainsi, cette forme de réingénierie soulève de nombreux questionnements dans le champ des sciences de l'information et de la communication. Il tente de comprendre les situations de travail d'un soignant dans ce contexte d'intensification de leur métier. Pour eux, il s'agit de se focaliser sur le déroulement de l'action. Entre d'autres termes, comment le soignant compte organiser son action dans cette nouvelle façon de faire. Il s'agit de rechercher ce qui a changé dans le quotidien d'un soignant. Ainsi quelques recherches ont montré que ce travail d'intensification a conduit à un bouleversement des mœurs : par exemple il peut arriver à un soignant de transformer son lieu de travail. Nous voyons de plus en plus des soignants qui continuent leurs travaux dans leurs voitures, ce qui pourrait les empêcher de retourner au bureau c'est-à-dire à l'établissement de santé. Une sorte de télétravail qui se réalise grâce à la technologie. Cependant, cette situation de travail n'est pas souvent bien perçue par le soignant

qui a toujours travaillé dans des conditions favorables et dans son territoire qu'il considère comme un « Territoire du moi », définit ainsi par Erving Goffman :

« L'espace personnel, la place, l'espace utile, le tour, l'enveloppe, le territoire de la possession, les réserves d'informations, les domaines réservés de la conversation » (Erving Goffman, 1956).

En nous focalisons sur les propos de Goffman et sur ce que nous venons de souligner plus sur la transformation de l'espace du soignant, nous pouvons dire qu'il est difficile dans ce contexte de parler de l'espace personnel et de l'espace utile. Car ces deux espaces disparaissent au profit d'objectifs économiques : productivité, gain de productivité, performance, rentabilité etc. Dés lors, on ne parle plus d'espace personnel qui est perçu comme un lieu où le soignant partage ces ressentis avec le soigné, réciproquement, mais on parle désormais d'un d'espace fermé qui exclu toute relation avec l'autre. On ne parle plus non plus d'espace utile que nous percevons dans le domaine médical comme un espace qui favorise un climat de confiance et qui facilite l'interaction entre le soignant et soigné.
Nous dirons que ces deux types d'espaces qui ont longtemps marqué le domaine de la santé sont devenus des espaces dématérialisés. C'est exactement ce que nous confirme la responsable des systèmes d'information de la clinique :

« On met en place un nouveau espace qui est différent de l'autre : c'est l'espace virtuel.
En fait on sera contraint avec la nouvelle technologie d'utiliser cet espace virtuel donc voilà autant s'y mettre dés maintenant et prendre de l'avance plutôt que de courir après
Il ya la réglementation parce que derrières on est obligé de s'y soustraire, et puis après voilà, il y 'a les demandes des utilisateurs et puis nous on fait la motivation des projets. Donc Il ya plusieurs dynamiques en fait : les utilisateurs peuvent être à l'origine de la demande, nous on peut être force de proposition, on a la réglementation qui peut nous l'imposer. On a des correspondants qui peuvent nous l'imposer puis qu'EFS est un correspondant, donc plusieurs possibilités en fait »

Le constat que nous faisons suite à ces propos, est que la réglementation a un effet fondamental dans la transformation de l'espace naturel d'un acteur-métier. Et que le management capte cette opportunité pour justifier sa démarche qui est à l'encontre des

besoins des individus. Car l'idée de changer l'espace pour intensifier l'activité n'est pas souvent trop comprise par ce soignant.

Cette dépossession de l'espace personnel et utile des soignants par la réglementation, si elle nous semble impérative pour quantifier le travail d'un soignant signifie au moins que la contradiction se fait est forte dans la relation entre le macro-acteur et le micro-acteur. Mais si ces espaces méritent d'être pris en compte, il devient alors évident pour le management de mobiliser toutes ces forces pour gérer les contradictions. En ce sens, il convient de considérer tous les composants de l'espace dématérialisé ou virtuel comme des acteurs et des médiateurs (Latour, 2006). Car ils changent inévitablement l'état des relations interindividuelles et ils sont donc médiateurs, dans le sens où ils affectent les modalités de coordination et les relations des acteurs en présence.
C'est pour cette raison que nous pensons notamment que les impératifs économiques qui préoccupent le management risquent de jouer sur la relation entre le soignant et le soigné.

L'introduction de la technologie dans le milieu de la santé est censée crée de plus en plus de nouvelles méthodes de travail. Mais qu'en est-il dans la réalité ? Quels sont les rapports que doivent entretenir en matière technologique, les médecins et les patients, les médecins et les autorités ? Il faut avouer que la question est d'autant difficile que la technologie elle-même est associée à un mythe qui déterminerait les relations entre les professionnels de santé et les patients comme étant très satisfaisante. Une telle question nous pousse alors à repenser et à rendre compte de façon plus critique et approfondie du lien entre technologie et pratiques en santé.
En effet, si nous voulons cerner de plus prés la performance réelle de la technologie et la rendre accessible à la compréhension scientifique, si nous voulons savoir pourquoi le discours technologique fait sens pour les gestionnaires des hôpitaux, il est essentiel de revenir aux discours technico-économiques prononcés par eux. Mais aussi sur le contexte historique qui a vu leur apparition. Nous avons vu que l'on ne peut correctement saisir la performance et la portée de la technologie si on ne l'adapte pas au milieu naturel des utilisateurs. De même, on ne peut faire l'impasse sur les conceptions des professionnels de santé qui éclairent « de l'intérieur » ce phénomène, ne serait-ce que pour voir de quelle façon la technologie performe l'activité.
Ce retour est nécessaire à plus d'un titre : ainsi nous pensons qu'il est impossible de comprendre la technologie si l'on ne comprend pas sur quoi doit reposer la performance d'une

organisation. Pour Taylor chercheur en communication pense que : *« Une organisation existe à partir du moment où il y a reconnaissance des engagements mutuels. Être organisé veut dire être en relation. C'est la relation qui est la matière première de l'organisation »* (Taylor, 1993b). Si l'on ne maîtrise pas les éléments fondamentaux de l'organisation, on ne saisira pas grand-chose donc des relations, des tensions ou contradictions qui agitent les différents acteurs sur des questions aussi essentielles que la légitimité des nouvelles méthodes de travail dans la santé, l'application de la technologie dans les soins cliniques. Alors, le risque est grand de tomber dans l'écueil de la résistance et des échecs de projets TIC. Les prises de positions d'aujourd'hui sont en effet intimement liées à des discours dominants portant sur la technologie, dans des circonstances particulières que les professionnels de santé ne prennent pas du tout en compte. Ainsi, Taylor précise : *« Une organisation est une communauté discursive créée par ses membres et opérant selon deux modalités : La conversation et le texte »* (Taylor, 1993a). C'est la relation entre les personnes qui est la matière première de l'organisation: les interactions

Nous nous inscrivons entièrement dans cette perspective, car ce sont les interactions qui servent de base aux préoccupations des acteurs et à la légitimité des actions. Les autorités politiques en effet consultent ou interrogent compulsivement les autorités de santé (directeurs d'hôpitaux, gestionnaires…) : nous avons pu nous en rendre compte lors de nos entretiens. Un gestionnaire, nous expliquait ainsi les raisons de ses projets :

« Les tutelles on jugé une appendicite à pour 30 jours, et si la patient fait plus de jour ce n'est pas forcément intéressant mais c'est en savon mélange entre effectivement favoriser on va dire cette DMS (durée moyenne de séjours) national et puis les pratiques dans les établissements. Et par contre c'est pénaliser un établissement si le patient il sort au bout d'une journée parce que n'est pas prévu comme ça, le patient devrait rester trois jours normalement alors pénaliser, après il faut relativiser parce que effectivement c'est aussi moins de personnel, moins de restauration, moins de médicaments.

Mais il y a quand même un moyen sur le séjour il faut aussi, et en général tout est fait pour rentrer dans cette durée on va dire préconisée. Et ça a joué depuis 2005, si on regarde les durées moyennes des établissements elles sont en chute à cause ou grâce à la T2A. Quand on regarde d'un point de vue gestionnaire, ce n'est pas forcément intéressant après il se peut que le patient d'un point de vue médical il faut qu'il reste longtemps, donc là forcément le patient ne va être en voyait chez lui sous prétexte que d'un moins de vue national on dit 3 jours, il faut aussi que ce soit cohérent avec le schéma médical d'ici. Donc on a des seuils

hauts et on a des seuils bas par contre l'établissement est pointé quand on est trop en seuil haut ou en seuil bas. Les tutelles en fait ça leur permet aussi de pointer en disant mais pour cette spécialité vous n'êtes pas dans la norme pourquoi. Donc il y'a une surveillance complète ».

C'est exactement ce que confirme Evelyne Gaussens Directrice de l'hôpital l'Essonne

« Il est vrai que l'on est passé, en quelques années, et en raison de la tarification à l'activité (T2A), d'un contexte où l'on était jamais pressés de faire sortir les patients de l'hôpital à une situation où l'on cherche à diminuer la durée de séjour »

Sans ce retour sur le concept de « performativité » qui préoccupe les autorités de santé, on ne peut non seulement pas comprendre d'où elles ancrent leurs résultats attendus par rapport aux technologies, mais plus important encore, on ne peut saisir toutes les divergences et contradictions qui les séparent des professionnels santé. La crise du système de santé qui se traduit par la croissance des indicateurs de dépenses vers la fin des années 70 et le début des années 80, qui devait nécessiter une vigilance collective (Weick), et unir les acteurs dans une logique d'intelligence collective, divise encore les acteurs macro et les acteurs micro. Prenons par exemple, la question où l'idée du « Dossier Médical Patient » cette pratique a été débutée 2005 mais sa mise en place reste très problématique dans les pratiques médicales étant donné que cet outil divise entièrement les autorités et les professionnels santé, et même les médecins spécialistes et les médecins libéraux. C'est ce qui explique par exemple le principe de retour d'expérience de quelques régions qui ont adopté le Dossier Médical Personnalisé et qui veulent montrer l'exemple aux autres régions, qui restent résistantes à cette pratique.

Il s'agit d'une stratégie d'enrôlement utilisée à l'encontre de toute organisation de santé par les acteurs qui jugent que l'organisation est opposée à leur préoccupation, qui consiste à rendre performant le système de santé ; alors même qu'ils leur ont montré désormais dans leurs discours que : « qu'on ne peut pas imaginer un changement de pratique, sans cette valeur ajoutée humaine ». De fait, nous considérons désormais ce type de discours comme faisant partie du fondement d'un quelconque changement technologique. En ce sens, nous observons des actes qui traduisent le passage d'un discours à l'action. Par exemple, dans certaines régions qui ont déjà adopté le Dossier Médical Patient, le dossier devient désormais : « le Dossier Patient Participatif ».

En effet, il s'agit de constituer un dossier médical et social qui implique toutes les personnes concernées. Cette démarche limite les refus au niveau des médecins mais également des patients. Ainsi l'une des pièces maîtresse est le Dossier Patient Participatif qui pour les acteurs est une façon de prouver leur intention de vouloir performer le dispositif de santé dans une démarche de consultation au préalable.

3.2.2 Réduction de « l'hospitalisé à moindre coût »

L'une des raisons de la réforme hospitalière avec les systèmes d'information repose sur la réduction des dépenses de santé. C'est ainsi que, tel que nous l'avons déjà souligné, plusieurs stratégies s'appliquent dont la mise en place de l'HAD ou les établissements de convalescence. Ces préoccupations même si elles ne sont pas totalement clarifiées par les macro-acteurs, vont dans le sens de la réduction des coûts dans l'hospitalisation des patients. Ces nouveaux défis auxquels doivent faire face les acteurs, s'inscrivent dans une logique de résoudre les dépenses excessives dans le domaine de la santé. La santé prend un nouvel élan et tente de résoudre ces problèmes.

Ainsi, devant cette nécessité affirmée de réduire les coûts des services publics de soins, nous posons les questions sur la façon dont les acteurs peuvent faire avancer cette nécessité.
Ce que nous constatons, c'est que sur la plan économique il y'a eu de plus en plus de changements et de mesures prises. Ce que nous cherchons à savoir est de voir de quelle façon les acteurs procèdent dans ces nouvelles mesures : celles-ci reposent-elles sur des réglementations ? Ou sur une décision d'une tutelle ?
Dans tous les cas, il s'agit pour la santé aujourd'hui de mener ces réformes, de mettre en place des politiques restrictives. Dés lors ce que nous cherchons à comprendre, c'est de voir comment simplifier la réglementation pour soutenir une logique de consultation. En d'autres termes, comment les acteurs qui se lancent dans ces mesures, construisent leurs actions ?
Il est très clair que l'action politique dans la réduction des dépenses publiques de santé porte sur des lois qui défendent un projet de budget. Des situations qui n'impliquent pas tout à fait les acteurs concernés car généralement ils sont absents aux instances de décisions. Ainsi, l'action politique ne devait-elle pas s'ouvrir à l'infléchissement susceptible de soutenir la consultation qui permet d'apporter des normes communes dans ces procédés ?

Il faut noter aussi que cette préoccupation qui porte sur la réduction des coûts, dépend fortement du potentiel de la technologie. Elle est possible grâce aux opportunités offertes par les TIC (Carré et Lacroix, 2001). Or, nous savons que les technologies dans le domaine de la santé ont fait l'objet de nombreuses suspicions dues aux objectifs à dominante fortement économique, repérables par l'utilisation récurrente de termes et concept clés empruntés au vocabulaire de la gestion et des sciences économiques. Ainsi, faut-il préconiser des mesures de réduction des dépenses publiques au détriment de ce que les professionnels attendent c'est-à-dire la qualité et la sécurité des soins ? Est ce que la réglementation économique dans le domaine de la santé ne génère pas des événements non désirables dans l'organisation des soins ?

3.2.3 Vers une désacralisation de la relation soignant/ soigné

L'ouverture des établissements de santé sur des nouvelles méthodes et techniques de soins ne désacraliserait-elle pas la relation entre le soignant/ soigné ? Les hôpitaux s'ouvrent sur des nouvelles méthodes de soins qui s'inscrivent dans une démarche de modernisation qui sous entend une responsabilisation et une éducation des patients. L'exemple que nous voulons prendre pour illustrer cette notion désacralisalisation de la relation entre le soignant et le soigné, est la Tarification à L'activité (T2A). Elle soulève aujourd'hui d'énormes questionnements dans le monde médical. Mais également dans le monde la recherche, et notamment, des Sciences de l'information et de la communication, tel qu'on peut lire ici :

« La situation des hôpitaux publics en France est jugée fort préoccupante et elle se serait dégradée selon certains professionnels et spécialistes au fur et à mesure que la T2A s'est imposée comme base de calcul de leur budget (ce qui est le cas de l'essentiel de ces budgets depuis janvier 2008) » (Mayére, Grosjean, Bonneville, 2009 p. 4).

Dans ce même esprit, nous soulignons que contrairement à toute forme de réorganisation qui aspire à une amélioration d'une situation dégradante, la T2A qui s'inscrit dans une logique de réorganisation des soins, est l'élément moteur de la dégradation des hôpitaux publics.
Cette contradiction est dénoncée par les professionnels de santé qui ont du mal à comprendre ces mesures, et à qui celles –ci créent beaucoup de stress. Nous proposons dans les lignes suivantes les témoignages d'un professionnel de santé à propos de la T2A :

« Il y'a une conséquence sur notre charge de travail et pour tout le monde, et dans tous les niveaux, que ce soit au niveau des gens, qu'au niveau d'aides soignantes, infirmières. Elle repose sur des sorties de patients avec une entrée dans l'heure qui suit et du coup il faut que les filles qui font le ménage il faut qu'il fasse la chambre pour que la patiente puisse rentrée. Ca veut dire une gestion de lit et même pour la personne qui est en planification une casse tête pour la gestion des lits. Parce que ils y'a des gens qui sont prêts à sortir une question de budget. Mais qui ne sortent pas, donc il faut que certaines personnes qui devait remplacer cette chambre aillent ailleurs, nous après au niveau de l'infirmière et aide- soignantes il faudrait qu' après faire les soins le matin très vite pour que la personne puisse partir, et puis enchaîner sur l'accueil d'une autre personne , ça fait rendement comme dans le privé.
On peut appelait ça de la modernisation. Ce n'est pas un point positif de la modernisation au niveau de la prise en charge. Ici à la clinique ça commence, on tend vers T2A. On est amené dans un futur plus ou moins proche à devenir privatisée. Donc on voit déjà ce phénomène se mettre en place alors que il y'a déjà 1 an on n'avait pas cette impression de rendement de patient, de devoir aller vite dans la prise en charge des patients, ils sont à peine arrivés qu'ils s'en aillent quoi. Même pour les patients, c'est difficile pour eux d'entendre qu'il doit partir, et même pour nous en tant que soignant de leur dire vous prenez votre petit déjeuner et après il faut que vous partiez. Ça nous met dans des positions inconfortables ».

Nous précisons que cette professionnelle de santé ne connaissait ou n'avait jamais entendu parler même de la T2A avant notre entrevue. Ce qui nous a un peu surpris, et que l'on trouve très étrange. C'est après une définition précise autour de ce concept, qu'elle se réaliser que cette pratique était en train d'occuper son activité, qui connaissait des changements depuis presqu'un an. Nous voulons souligner avec ce témoignage, le fait que cette professionnelle était dans une méconnaissance totale au niveau des prises de décision qui semblent ne pas concerner les soignants aux yeux des managers.
Or, malgré la méconnaissance de cette soignante concernant la T2A, elle parvient quand même à comprendre les changements qui se déroulent dans les soins. Elle identifie les difficultés liées à la T2A au niveau des professionnels et même au niveau des patients, en soulignant que la T2A crée du stress chez eux ainsi que chez le patient, que la prise en charge des malades devient de plus en plus difficile au niveau de l'organisation des entrées et des sorties et de la gestion des chambres. Donc nous voyons bien que même si elle ne le dit pas directement, nous notons qu'au delà de la dégradation des services de santé publique, cette situation risque de dégrader la prise en charge des patients.

A travers ce témoignage également il y a des mots qui viennent très souvent dans les constats de cette soignante, notamment de deux notions : rendement / budget. Ces termes ne sont pas utilisés par hasard par celle-ci, mais elle veut plutôt nous faire voir que la T2A repose essentiellement sur des logiques économiques. Voici ce qu'elle atteste au final :

« Mise à part une logique économique je vois qu'est ce que ça peut être d'autre. Ce n'est pas une logique on va dire médicale. Par contre il y'a quand même des chirurgiens qui essayent encore pour l'instant de privilégier le patient et pas le rendement. C'est-à-dire que s'ils sentent que le patient ne peut sortir on va le laisser hospitaliser une journée de plus. Non je pense qu'on a encore cette chance là. Mais après c'est le chirurgien qui décide pour le patient et c'est lui qui nous donne le feu vert ; tant que le chirurgien n'a pas donné son accord pour la sortie, malgré la T2A, si le chirurgien n'autorise pas le patient à sortir ils ne sortiront pas ».
« On tend vers ça (T2A). Exemple : demain matin il y'a des personnes à qui on ne sait pas encore sur ils peuvent sortir, mais ils y'a des entrées dans leurs lits à 10 heures demain matin, et c'est là où il y'a tant de stress en plus, d'avoir à gérer ces gens qui rentrent et qui n'ont pas de lits, parce que il y'a pas de sortie. Mais bon c'est un autre problème. Ca c'est purement pour des raisons économiques parce que ce ne sont pas des urgences, ce ne sont pas des interventions qui nécessitent d'être faites dans la semaine et ça crée du stress au niveau du personnel. Quand on arrive le matin et on voit que tous les patients n'ont pas libérés leurs chambres et qu'on a des entrées dans les chambres on sent tout de suite que le stress est présent pour tout le monde ».

Ce qui attire notre attention à travers ce témoignage, c'est le fait que la T2A est basée sur une conception qui va dans le sens d'une logique économique, plutôt qu'une logique médicale qui repose sur les valeurs habituelles d'un acteur de santé (respect mutuel avec le patient, le dialogue, communication). Cette perspective économique pose ainsi la question de la relation entre le soignant et le soigné. Ainsi nous nous posons la question de savoir : au-delà de la dégradation de l'hôpital public, cette pratique ne remet-elle pas en cause un élément fondamental de la prise en charge de patient qui est la notion d'interaction : nous considérons cette notion comme centrale car l'interaction, lorsqu'elle se passe bien, permet de s'attaquer à la cause sous-jacente des symptômes, plutôt que de simplement traiter des symptômes. Dans ce sens, l'interaction, qui est une entente entre les interlocuteurs, est toujours relative et résulte de la stabilisation d'un sens négocié, dans le temps et dans l'espace. Or, ce que nous

avons noté dans cette situation marquée par la T2A c'est que, la notion de temps et la notion d'espace sont quasiment inexistantes.
En effet, d'une part le professionnel de santé est contraint dans une situation à laquelle il ne peut accorder du temps à un patient, et d'autre part, le patient perd de plus en plus son espace dans l'hôpital.

Nous considérons que cette situation pose un enjeu central de communication entre le soignant et le soigné. Nous avons constaté au final que la médecine est une profession centrée sur le médecin plutôt que sur le patient. Dans ces constats, nous croyons que les nouvelles méthodes risquent d'aggraver cet état de faits. La communication est la clé à toute bonne relation, mais le soignant n'a pas toujours le temps de vraiment communiquer avec le soigné
Les nouvelles méthodes telles que la T2A n'iraient –elles pas à l'encontre d'une dimension sociale, très importante, du domaine de la santé ?
Les auteurs tels que Richard & Lussier, Côté & Hudon, Girard & Grand'Maison, Suchman & al., s'entendent pour affirmer qu'il faut regarder au delà de la biologie pour comprendre la maladie. Les facteurs urbains, le stress, le contexte, ont une influence sur la santé. Bref, ils montrent que ce n'est pas seulement de guérir le physique chez un patient, mais aussi de tenir compte du mental et du social qui rendent l'individu malade.
Ce que montre l'anthropologie est le fait que la maladie est plus qu'un véhicule de symptômes, plus qu'un rôle à assumer temporairement, plus qu'un simple comportement, elle est un mode de vie, un acte de communication. En mettant l'accent sur la communication, la relation entre le soignant et le soigné: *« Les relations se réalisent, se transforment et se définissent dans et par l'ensemble des dialogues que les individus entretiennent »* (Gergen, 1999).
Suite aux réalités fournies par notre terrain, nous considérons, qu'elle repose aujourd'hui sur des méthodes qui sont à l'opposé des besoins des professionnels de santé et des patients. A travers les témoignages des acteurs nous percevons qu'ils sont plutôt sensible à une modernisation des pratiques qui s'inscrit sur une perspective médicale susceptible de prendre en compte non seulement la maladie d'un patient qui consiste à soigner ses symptômes, mais surtout d'établir avec le patient une relation de dialogue, un climat de confiance, bref tous les éléments qui permettent à un soignant d'être attentif à l'anxiété d'un patient. Il s'agit dans ce sens de mener avec le patient un type de conversation appelée conversation sociale qui repose sur un contrôle mutuel. Cette démarche permet d'instaurer l'interaction entre le soignant et le soigné qui va écarter toute logique linéaire.

Dans ce sens, des auteurs (cités plus haut) mettent en œuvre une perspective nommée L'approche centrée sur le patient (ACP). En effet, les programmes de formation en médecine familiale, possèdent une certaine philosophie de soins. Ainsi plusieurs travaux montrent que le recouvrement de la santé, l'observance (dans la prise de médicaments), sont meilleurs lorsqu'on met en pratique une ACP qui valorise l'interaction entre le soignants et le soigné. Cette approche vient porter des critiques sur les approches tels que le modèle biomédical, le modèle biospsychosocial qui sont les premiers modèles de communication classique qui éclairent sur la relation entre le soignant et le soigné.

Les fondements de l'approche centrée sur le patient reposent sur une prise en compte des notions de transfert, contre-transfert, conflit interne des patients et des médecins, etc. Les médecins doivent établir un double diagnostic : biomédical de la maladie et plus globale de la maladie (tenant compte de la personnalité du patient).

L'idée est de laisser toute la place au patient. Un ancrage paradigmatique qui met l'accent sur une prise en compte du vécu du patient, comprendre le patient dans sa globalité, dialoguer avec le patient (sur le traitement et les solutions), valoriser promotion et prévention de la santé, établir et maintenir la relation et faire preuve de réalisme. Ces caractéristiques sont propres à la nature de la relation et à l'orientation de la rencontre. Ainsi qu'une structure de l'entrevue et de la communication.

Or, face aux nouvelles politiques de santé qui tendent vers une réduction du temps, une modernisation qui tend vers la suppression des lits d'hôpitaux, un espace qui devient de plus en plus virtuel : comment partager avec un patient ses stress, ses anxiétés et tous ses ressentis ? En effet tel que nous l'avons déjà souligné plus haut, l'entente entre les interlocuteurs est toujours relative et résulte de la stabilisation d'un sens négocié dans le temps et dans l'espace. Dans ce contexte de modernisation qui repose sur l'exemple de la T2A, nous assistons à une fragilisation d'une telle entente.

Ainsi, plusieurs questions se posent : Comment se concentrer sur un patient lorsque les rendez-vous sont multiples et doivent se passer rapidement? Comment prendre en compte la dimension psychosociale des problèmes de santé sans le faire au détriment de la dimension médicale? Comment se préoccuper du patient autrement qu'en limitant son intervention à un bref questionnaire psychosocial dénué d'empathie? Est-ce qu'on peut imaginer un service public de qualité dans la santé sans pourtant s'inspirer des modèles marchands qui risquent

fragiliser le système de santé et au-delà-même les acteurs du système ? Comment fait que la modernisation soit un point positif de la prise en charge ?

Ces questionnements occupent de plus en plus les acteurs de la santé en l'occurrence les professionnels qui ne sont pas contre cette modernisation mais ils fustigent la logique de cette notion dans un établissement public qui porte sur la santé, un élément intrinsèquement lié à l'individu lui-même. De plus, ce que les acteurs ont pointé du doigt dans ce phénomène de modernisation c'est centralement sur le système de prise en charge lui-même. Un système qui repose sur une organisation du travail très difficile entre les acteurs mais une organisation quasiment impossible entre les soignants et les soignés au niveau de gestion des entrées et des sorties, qui entraine en effet du stress aussi bien chez les professionnels de santé que chez les patient.

Nous retenons à travers les entrevues faites sur le terrain que la perspective médicale de la relation soignant / soigné ne prédomine pas dans ce contexte de modernisation. Selon eux c'est plutôt la perspective économique qui est la raison de ces bouleversements et vient s'imposer dans les soins au détriment d'une prise en charge optimale dans les soins du patient.

Conclusion de la première partie

Le but de ce travail est de montrer les différentes stratégies qui accompagnent la modernisation de la santé via les technologies de l'information et de la communication. Chaque stratégie tente d'éclairer sur les lois, les normes, les règles qui viennent souvent légitimer l'informatisation d'une pratique de santé. C'est une trajectoire incontournable pour l'amélioration de la santé aujourd'hui. L'appliquer dans les pratiques de santé est gage de performance.

Partant de ces constats, le management se refugier derrière la réglementation pour justifier ses actions de réorganisation des pratiques. La réglementation dans le domaine de la santé est très significative car elle est une source de protection. D'où l'appropriation managériale pour mener un changement organisationnel et technologique dans la santé. Pourtant, cette réglementation qui décide l'informatisation d'une telle pratique de santé évacue l'ensemble des questions que soulèvent les professionnels de santé sur les technologies à mettre en place.

Cependant, préoccupés par des impératifs économiques, il nous semble que les macro-acteurs transforment s'engagent révolutionner l'image de conservation qu'a toujours incarné le domaine de la santé. Nous entendons souvent l'utilisation, avec récurrences, de termes hérités d'une certaine économie (productivité, gain de productivité, performance, rentabilité, etc.), bref des termes renvoient à une vision néoclassique et parfois marginaliste.

Devant cette prétention économique, la technologie est à la fois idéologie de mobilisation et utopie. La technologie à réponse à la réduction des dépenses et des coûts, à l'augmentation de la cadence des soignants, à la rationalisation de la pratique clinique, bref la technologie pour faire face à la crise du système de santé.

Face à ces préoccupations, de nombreux auteurs ont cédé à la tentation de ne retenir de la technologie dans la santé que la question de la performance (Sicotte). Mais il ne fait nul doute que nous sommes en présence d'une situation très complexe et incertaine marquée par des discours politiques très cohérents, passionnés, par conséquent convaincants qui trouvent également des stratégies d'accommodement par la mise en place de nouvelles techniques et de nouvelles structures : c'est le cas par exemple de la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en France depuis 2010. Ces nouvelles structures tentent de démasquer le pouvoir que posséder le discours politique dans les problématiques de la technologie dans la santé. En effet, ce sont elles qui coordonnent le projet technologique avec la structure de santé d'une région citons par exemple l'ARS Bretagne (Cf annexe 14).

Cependant, si les nouvelles structurent assurent aujourd'hui la coordination au niveau macro en proposant un nouveau discours politique que l'on appelle un discours méta-politique, force est de constater que, les nouvelles techniques telles l'HAD (Hôpital à Domicile) ou la Tarification à l'Acitivité (T2A) créent de nouveaux espaces notamment : espaces virtuels mettant ainsi en jeu la relation entre le soignant et le soigné. Ces nouvelles techniques de travail soulèvent des enjeux de coordination au niveau micro. En effet, l'espace personnel, l'espace utile qui représentaient « le territoire du moi » du soignant et du soignant ont été dématérialisés. Ainsi, ces nouvelles façons de faire soutenues par une réglementation qui les normalise dans les pratiques de santé au détriment des préoccupations des professionnels de santé méritent d'être appréhender dans le champ de la recherche en communication. Les termes tels que : réingénierie, désinstitutionalisation, désacralisation, relation soignant / soigné nous semblent pertinent pour mener un constat que l'établissement de santé que nous étudions dans cette recherche, dans son incarnation est démenti au profit d'une approche rationnalisante et économiste qui recentre finalement le soin en fonction de l'individu en désarticulant la pratique collective de soin auprès des patients et l'intelligence collective des acteurs : dès lors faut-il voir dans la communication un apport pour comprendre le sens ces termes qui accompagnent la modernisation et la rationalisation de la santé.

DEUXIEME PARTIE :

DECONSTRUCTION DE L'ORDRE TECHNIQUE ET FONDATION D'UNE TECHNOLOGIE EN PRATIQUE

Introduction de la deuxième partie

À présent que nous avons déterminé les dimensions technologiques, politiques, économiques, normatives, bref les logiques fonctionnalistes mises en avant dans les projets technologiques des nouveaux outils de travail des professionnels de santé, nous pouvons nous atteler à étudier ce phénomène dans l'une de ses dimensions essentielles, à savoir ses stratégies d'énonciation (les processus) et de légitimation. Il s'agira d'étudier la technologie dans sa dimension purement communicationnelle qui permet de prendre en compte plusieurs modalités de communication : dès lors faut-il dans la communication, au même plan, par exemple, que la planification, la politique, la stratégie ou le calcul économique, une nouvelle praxéologie au service de la décision ? Et, dans le même temps, une herméneutique, puisqu'il s'agit d'interpréter et de rendre compte, quitte à les anticiper, des logiques de résistances et de conflits ?

Toujours dans le souci de mettre en pratique toute théorie et concept que nous mettons en évidence dans notre travail, nous allons poursuivre cette démarche afin de mieux expliquer ces deux termes que nous venons d'évoquer ci- haut qui sont notamment la notion de praxéologie et celle de l'herméneutique qui nous considérons indissociables de la communication.

D'abord sur le terme praxéologie, nous nous posons la question sur comment la communication pourrait être considérons comme une praxéologie. En effet, notre étude menée sur le terrain nous éclaire ce postulat que nous posons ici : la communication est un nouvelle praxéologie au service de la décision. Car, partant de notre terrain d'étude, nous pouvons ainsi le vérifier. En effet, les données obtenues nous ont révélé que la communication permet d'appréhender comment les décisions se font dans le quotidien des acteurs, comment la décision dans son accomplissement pratique est en train de se faire. Autrement dit, les méthodes par lesquels, les individus vont accomplir certaines pratiques. Ce qui nous permet d'appréhender l'organisation comme un lieu de parole (Gramaccia, 2001). Nous allons mieux aborder cela de manière plus illustrée dans les prochains chapitres.

Ensuite, concernant l'idée de considérer la communication comme une herméneutique, nous avons également observé cela sur le terrain. En effet, nous allons dans cette partie de l'introduction prendre un exemple précis pour mieux faire comprendre notre second postulat. Il s'agit d'un cas qui révèle deux perceptions du phénomène de rationalisation : celle d'une infirmière hôtesse et celle de la responsable des systèmes d'information. En effet, l'infirmière faisait de la ressaisie alors que les données étaient déjà sur le logiciel car elles sont envoyées par flux par la partie technique ou le service informatique. Or, l'infirmière n'était pas au courant ou n'avait pas compris que les données ont été envoyées. Et pour elle l'action de ressaisir les données était normal car cela faisait partie de son temps de travail. Pour être plus clair nous allons illustrer nos propos à travers ce témoignage :

« Je travaille beaucoup sur les interfaces en ce moments, pour qu'il n'est pas de ressaisie mais effectivement j'enlève tout ce temps de ressaisie pour que les personnes puissent travailler dans leurs spécialités mais ça peut éventuellement faire peur. J'ai un projet actuellement sur la commande repas dans les chambres aujourd'hui en fait j'ai fait le constat que tous les patients étaient ressaisi dans cette application donc 130 repas à la journée donc 130 patients ressaisis aucun intérêt d'un point de vue informatique, que moi je peux envoyer on va dire par flux les patients du SIH. La personne dans un premier temps m'a entendu, mais dit oh c'est super et dans un deuxième elle à une autre réflexion en se disant « mais ça veut dire qu'on va m'enlever du temps et je ne vais pas pouvoir justifier mon temps et peut-être que vous avez demandé à avoir d'autres personnes dans mon service et que finalement vous allez obtenir ces personnes parce qu'on va m'enlever du temps informatique ». Là en fait côté direction ils vont entendre la rationalisation, ils vont dire oui et côté service ça va faire peur. Hier je me suis heurter on va dire à une difficulté donc sur le coup quand j'ai vu la résistance, j'ai posé la question à l'hôtesse en disant mais « tu veux rester à l'âge de pierre ? » tu préfères en fait saisir on va dire pendant des heures les 130 patients alors que tu pourras les avoir sans aucune action, mais pour quelle raison ? Qu'est ce qui te motive à saisir des patients alors qu'il y'a aucune action, mais pour quelle raison ? Qu'est ce qui te motive à saisir des patients alors qu'il y'a aucun intérêt en fait. Ce n'est pas du travail d'hôtesse, sa valeur ajouté c'est voir le patient, de voir son régime alimentaire, ce n'est pas de ressaisir les patients, mais elle voyait en fait une diminution de sa charge et ça lui faisait peur et de l'autre côté la direction voyait une rationalisation au niveau des services et ça les intéressait. Mais c'est vrai qu'il faut faire attention quand on mène un projet. Effectivement moi j'ouvre chaque porte les une après les autres ».

Ainsi à travers ce témoignage nous comprenons d'une part une injonction technologique car l'hôtesse n'était pas bien informé d'autre part une rationalisation qui a deux sens au sein d'une même organisation : la direction qui perçoit le sens même de la rationalisation et la partie métier en l'occurrence (l'hôtesse ou l'infirmière) qui ne comprend pas le sens de la rationalisation considérant que c'est une diminution de son temps de travail. Ainsi, selon nous, l'échange entre l'hôtesse et la responsable des SI nous permet de mettre en évidence un espace d'échange, un espace de communication et a permis le passage d'une injonction technologique à une injonction verbale. Ce qui a conduit ou a permis à l'hôtesse de réaliser le sens de la rationalisation. En ce sens, et selon nous, le sens n'est pas inscrit dans l'information que l'on transmet mais il résulte d'une co-construction de sens. Autrement dit, la réalité est socialement construite dans et par les interactions. Car on est jamais certain qu'une personne à bien compris ce dont on a parlé on n'est pas branché cerveau à cerveau et c'est la spécificité de l'interaction. Donc nous pouvons dire que la communication est une herméneutique car, elle offre aux individus des situations d'interpréter ce qu'ils font, de lever les équivoques, les ambigüités sur le sens de phénomène quelconque. Tel que nous l'avons souligné ici avec le phénomène de la rationalisation ;

Dans cette optique, il convient alors d'étudier les discours qui accompagnent les changements organisationnels dans le milieu de la santé.

Dans les situations de changement organisationnel les discours rhétoriques accompagnent le « *changement que l'on veut faire* » (2010). C'est en effet par le biais des discours que nous accédons à la vision d'un changement organisationnel et aux enjeux qu'il soulève car *« les croyances, les idéologies qui fondent une position politique s'objectivent dans un langage »*.

Or, dans la logique d'un *changement que l'on veut faire*, les discours ont tendance à négliger le sens, la signification de la technologie dans les pratiques et se préoccupent surtout du changement qui est aujourd'hui devenu un phénomène qui incarne l'existence. En effet, pour exister, les organisations doivent être en perpétuel changement. Or, comme nous venons de le souligner, notre positionnement de chercheur nous a permis de comprendre que sur le terrain, étudier le sens d'un changement organisationnel devrait être la préoccupation majeure du travail d'un chercheur. Cette démarche, les chercheurs en sciences de l'information et de la communication l'ont adoptée. Le changement technologique est d'abord une opération de signification (ou du sens) qui consiste à impliquer les gens pour aller vers le savoir et l'action. C'est une opération qui permet non seulement de délégitimer l'ordre technique actuel, de le contester, mais dans le même mouvement discursif, de faire voir l'idéal, et par là, faire participer les utilisateurs à sa réalisation. Il s'agit pour les utilisateurs de se faire consulter

avant la mise en œuvre, de se faire entendre donc de prendre la parole, d'imposer leur consensus de significations, d'imposer leurs normes et de prétendre parler pour le bien de l'organisation dans son ensemble. C'est donc un discours qui engage à l'action, notamment l'action individuelle et collective, l'action vers un changement organisationnel, qui est déjà en lui-même une action puissante. C'est en fin une démarche qui est dans une logique de conciliation entre l'innovation et la relation. Un discours qui se fonde et se refonde dans un élément fondamental qui est le sens : Nous comprenons que le sens est indissociable dans l'action. Ainsi dans cette recherche nous comptons être dans l'action car le sens est indissociable dans l'action, car c'est le discours dans l'action qui intéresse et non pas le discours sur l'action. Dans ce sens, nous envisageons observer, développer des techniques pour être dans l'action même si nous considérons que le secteur de la santé est un lieu qui ne nous permet pas de mener cette démarche car c'est un secteur où presque toutes les données restent confidentielles. Nous pensons cette posture nous permettra de comprendre deux types de discours dans le domaine de la santé : discours médico-intégratif et discours technologique. En effet, le « discours technologique » est langage, mais aussi instrument, stratégie, moyen, il est « ce par quoi on lutte ». Si le « discours technologique » intéresse autant les chercheurs en sciences de l'information et de la communication, c'est qu'ils (les chercheurs) sont en rupture avec l'ordre d'un déterminisme technologique et d'une utopie politico- économique qui entraine une politique restrictive des pratiques de la santé.

Le discours technologique comme tout autre discours qui porte sur un phénomène de société par exemple les discours religieux. Par exemple tel que la souligne Mame Penda Ba (2007) dans sa thèse : « L'islamisme au Sénégal ». Elle considère que le discours islamiste : *fascine, obnubile, recadre ou inquiète, on lui soupçonne des « pouvoirs et des dangers que l'on imagine mal ». « Si l'on s'attache tant aux mots, c'est que l'on croit en leur magie, en leur quasi « force vitale », en leur extraordinaire pouvoir de mobilisation ; c'est qu'on met en œuvre des stratégies discursives susceptibles d'assurer l'efficience de ce pouvoir, ou du moins son efficacité dans la conquête du pouvoir ».*

Nous croyons comme elle que ce sont des discours qui sont prononcés par les hommes qu'on soupçonne de l'incarnation du pouvoir dans les organisations. C'est dans ce sens que nous considérons que les discours technologiques risquent de polluer la dynamique de l'articulation entre l'innovation et la relationnelle, l'articulation entre les normes numériques et les formes sociales. Mais également et surtout la dimension réflexive d'un acteur quelconque qui utilise les technologies dans l'organisation. Par définition, ce que nous appelons réflexivité est la capacité à faire sens collectivement, la capacité de réflexion sur l'action passée et en cours qui

permet d'évaluer la situation, de générer de nouvelles connaissances, d'insérer ces nouveaux apprentissages dans les bagages de savoir commun, pour venir modifier l'action par la suite. Cela suppose, comme l'a montré Weick (1993) une attention vigilante aux lacunes pouvant survenir dans les processus avant que les erreurs ne s'accumulent et ne mènent à des catastrophes.

Or, le discours technologique est un discours ambivalent, rhétorique, à cheval sur plusieurs registres. Comme le discours économique, il repose sur d'autres discours « fondamentaux » que sont le discours de normalisation et le discours de certification ou de réglementation portés par les macro-acteurs ou encore les acteurs décideurs. En d'autres termes, c'est un discours qui permet de revoir ces procédés (normalisation, certification) dont les réalités sont très liées maintenant aux technologies de l'information et de la communication. On entend souvent parler de normes numériques qui émergent grâce à l'arrivée de la technologie.
Par ailleurs, c'est en fonction de leur positionnement en tant que fondateurs-régulateurs de ces discours fondamentaux que les décideurs tirent leur plus grande légitimité dans leur stratégie d'intégration d'une nouvelle méthode ou technique de travail dans l'organisation. Le fait qu'ils choisissent comme système d'information un dispositif normatif, est une forme stratégique de pouvoir et de contrôle des utilisateurs. Le discours technologique ne se distingue pas du discours de normalisation et de certification. Il n'est dès lors plus ethico-moralisateur mais éminemment politique et économique.

Ainsi, dans notre cas d'étude qui concerne l'hôpital très institutionnalisé et très hiérarchique, des contradictions entre les décideurs et les professionnels de santé risquent de compromettre cette volonté de conciliation. En effet, notre terrain offre une opportunité pour étudier les contradictions car le domaine de la santé est source de tension. Une attitude qui se justifie par le fait que, dans ce milieu, le pouvoir a été toujours attribué aux médecins. Ce sont eux qui déterminaient leurs activités sans l'implication de la tutelle ou autres. Ainsi l'arrivée des systèmes d'information limite le pouvoir des médecins et désormais ce sont les décideurs (directeurs d'hôpitaux), qui l'incarnent.

Donc il ne s'agit en aucun cas faire abstraction de la question du pouvoir, des rapports de domination, des rapports d'autorité qui existent dans les hôpitaux (ex le docteur / infirmière ou les soignants/ acteurs décideurs). Il est évident que, quand on étudie des normes, il y'a forcément des rapports hiérarchiques, des rapports de pouvoir, mais dans cette thèse, nous

pensons qu'il est essentiel de mettre en évidence des formes de pouvoir liées à l'expertise et non à la bureaucratie. Des formes de pouvoir liées au sens que les acteurs tentent de co-construire autour d'un phénomène. Comme cet exemple qui porte sur HM : les infirmières qui réclament un logiciel de prescription et les médecins qui s'y opposent. Cependant dans ce cas ici, la domination a été atténue deux facteurs importants : le sens que l'outil est susceptible d'incarner dans les pratique c'est-à-dire la lisibilité des soins. L'autre facteur repose sur une démarche d'anticipation : en effet, la clinique avait mis à la disposition des médecins un portable informatique (un outil qui permet de faire les prescriptions même au chevet du patient). Donc en gros c'était une manière de préparer le changement organisationnel qui allait être la mise en place du logiciel HM dans les prescriptions de soins. Ce qui nous amène à dire dans ce travail que : négocier c'est préparer

Il s'agit dans des questions ou des situations de pouvoir, de rapports de force, de domination notamment, de voir à travers la discussion, la négociation, comment les gens là, peuvent co-construire pour résoudre leur problème, comment émerge un savoir collectif qui serait au bénéfice du patient, comment collaborer pour trouver une solution autour du patient. En ce sens, le pouvoir a été affiné à travers un espace qui est un espace d'apprentissage et de relation. Nous y reviendrons plus longuement dans les chapitres suivants.

Ainsi donc, nous pensons à l'instar des chercheurs en communication organisationnelle que ces modalités soulignées plus haut sont susceptibles de faire face à ce type de discours technologique qui a recours systématiquement aux textes fondamentaux et qui peut afficher sa prétention à être le discours vrai, le discours de la vérité. C'est d'abord un discours qui dit ce que sont les « vrais problèmes » qui concernent à la fois la modernisation et la rationalisation des pratiques sanitaires, puis qui prétend apporter les « véritables solutions » à ces vrais problèmes. En ce sens, c'est un discours nouveau et dominant, qui se pose comme discours politique mais aussi discours érudit, abstrait et par conséquent élitiste, porté par les des acteurs de l'organisation. C'est une rhétorique qui veut persuader et convaincre, apporter un changement technologique qui repose sur un cadrage des pratiques. Deux modalités communication peuvent être repérées selon Giroux (2010) :

« Parmi les différentes modalités, celle qui semble la plus appropriée à l'effort de persuasion nécessaire pour susciter l'adhésion au changement est la rhétorique… Utiliser le langage pour insuffler une grande puissance émotive dans ses messages (processus rhétorique) de

manière à modifier les valeurs et attentes de ses employés. Le recadrage est depuis longtemps connu comme une technique de changement » (p.187).

Dans notre cas, nous éclairons un changement technologique qui veut toucher à la fois la raison et le cœur des utilisateurs. Ainsi dans notre contexte de l'étude, il est intéressant de remarquer en quoi cette stratégie de développer un discours technologique comme discours vrai, a exercé comme une sorte de contrainte sur les autres discours, les obligeant à des repositionnements : nous verrons ainsi que les décideurs tout comme les concepteurs tendent à reprendre certaines catégories du discours, allant dans une logique plutôt médico-intégrative que technico -économique (Grosjean, Bonneville 2007). Le discours médico-intégratif puise ces références dans l'action collective pour disqualifier le discours technique. C'est un discours qu'utilisent souvent les professionnels de la santé qui se défendent l'idée selon laquelle ils connaissent bien leurs métiers, et qui refusent que les autres acteurs décident à leur place.

Mais avant d'aller plus loin dans l'analyse de ce nouveau discours qui occupe de plus en plus le milieu médical, en ce qui concerne le domaine des technologies, il est impératif d'éclaircir au préalable quelques éléments qui fondent cette production discursive: qu'entend t-on exactement par discours médico-intégratif ? Quels sont ses références, son objet, sa finalité ? Quelles formes prend- t-il et comment émerge t-il ?

Dans ce travail, nous entendons par discours médico-intégratif, l'ensemble des énoncés et écrits produits par les professionnels de santé en tant que porteurs de pratiques. Il fait référence à : « un modèle intégratif qui permet d'aller à la rencontre de « l'usager réel » et qui ne se limite pas à penser un « usager modèle » et qui obéit à des modes de diffusion spécifiques (discours éthiques ou déontologiques). Il est aussi important de s'interroger sur la forme que prend cette production discursive. Sommes- nous en face d'un ensemble d'idées qui fonde « un modèle organisationnel de collaboration entre des sujets aux domaines d'expertise complémentaires (professionnels de la santé, gestionnaires, administrateurs, promoteurs de nouvelles technologies, ingénieurs et informaticiens) »? S'agit-il d'une pensée politico-économique bien structurée aboutissant à la reformulation d'une stratégie managériale ?

La réponse à cette question est décisive en ce qu'elle permet de mieux cerner les producteurs du discours médico-intégratif : selon les cas, ce seront des politiques qui s'investissent dans la « niche » de l'innovation technologique, notamment dans la santé ; de « nouveaux

intellectuels qui œuvrent dans la nouvelle organisation de prise en charge des patients soutenue par un ensemble de technologies. Pour eux, la technologie est vue comme un levier majeur. Leurs discours visent ainsi à unir les compétences, les talents et les moyens, s'inscrivent dans une logique de la santé pour tous et d'une qualité à la pointe et au juste coût : *« Les parties-prenantes, que ce soit les décisionnaires, les professionnels du secteur « utilisateur » ou les patients doivent donc s'emparer des technologies, les maîtriser et les utiliser à leur plein rendement »*. A cela s'ajoute discours managérial qui a une très forte intensité et qui tend vers ce qu'on appelle dans ce travail discours médico-intégratif :
« On ne peut pas imaginer une meilleure efficacité de la chaîne de soins, sans cette valeur ajoutée humaine ».
Cette pensée est devenue une sorte de « leitmotiv », elle est très présente actuellement dans le discours des politiques et notamment ceux des managers des systèmes d'information dans les hôpitaux.

Le premier constat qui s'impose lorsque l'on entend analyser le discours médico-intégratif, est que l'on est en face d'un flux d'énoncés divers et variés, s'inscrivant ainsi dans une dimension collective associée à la notion d'engagement. On retrouve les discours médico-intégratifs à travers les prises de décisions des professionnels de santé lors de l'utilisation de la technologie (dans les salles d'opération, dans les salles de réveille, dans les couloirs entre les professionnels de la santé), mais également les prises de paroles publiques de ces leaders (lors de journées d'études, colloques, formations etc.). Ce discours se retrouve également dans les revues et magazines des professionnels de santé. Nous étudions le discours médico-intégratif qui concerne les professionnels de la santé, et nous ensemble des discours des utilisateurs d'une technologie qui
« Mettent en scène des valeurs internes puisées dans l'histoire de l'organisation » ce sont en d'autres termes *« les récits de la maisonnée »* (Almeida 2004).
Ce *« récit de la maisonnée »* tient compte des réalités internes de l'organisation : l'interaction entre les membres de l'organisation, mais également celles les artefacts que sont les documents internes, les journaux d'entreprise, les notes de services. Ces types de discours sont à l'antipode des discours technologiques, qui eux ne reposent pas vraiment sur les valeurs réelles de l'organisation : ils *« Mettent en scène des valeurs universelles »* autrement dit des *« récits de l'engagement »* (Almeida 2004), qui prônent à une uniformisation des pratiques des organisations.

Partant de là, nous soulignons deux formes d'engagement qui existent en contexte de travail et qui s'opposent :

D'une part un engagement qui a recours aux discours de l'engagement nous importons les termes d'Almeida. La définition que l'on pourrait donner de ce type d'engagement est que les personnes qui s'engagent dans cette démarche dans le domaine de la santé sont plutôt dans une préoccupation d'uniformisation des pratiques de santé, dans une préoccupation de faire partie de la course de la modernisation de la santé, bref de toute la mondialisation de la santé telle qu'incarnées par les nouvelles méthodes comme par exemple la télésanté et autres (Cf. annexe 15.2). Or, nous notons que les résultats obtenus par ces nouveaux dispositifs de la santé ne sont pas toujours favorables. Ce qui nous amène à parler d'un « engagement abstrait », dont on ne voit pas nécessairement les résultats. En effet, l'idée de mettre en valeur les technologies en mettant l'accent sur leur dimension universelle, risque de créer un sentiment d'inertie chez les personnes, mais également dans les activités elles-mêmes. C'est dans ce cadre que nous utilisons le terme d' « engagement abstrait », que nous pouvons définir comme étant un engagement qui ne respecte pas les attentes des professionnelles de santé.

Nous abordons un autre type d'engagement, qui prend ses forces à travers l'action des professionnels de santé. Dans ce travail nous définissons ce type d'engagement comme étant un engagement « concret » lié à l'action. Dans cette perspective, l'action devient centrale. Notre étude montrera comment les actions engagent les individus, comment la communication se termine par des actions. Il s'agira ainsi d'étudier la responsabilité des organisations et les modalités d'engagement choisies.

Le deuxième constat outre cette notion d'engagement, est le lien entre discours-médico intégratif et narration. Nous assimilions le discours médico-intégratif à une sorte de narration qui pour Nicole Giroux est un « phénomène polymorphe » qui articule à la fois l'ensemble des énoncés produits par le narrateur mais également, un processus d'énonciation qui désigne l'action de raconter. Nous avons ici donc un discours polymorphe, constitué de l'assemblage de fragments plus ou moins disparates. Nous faisons allusion ici pour le cas que nous étudions, la contradiction entre les discours des professionnels de santé eux-mêmes, qui ne sont pas d'accord quand il s'agit de mettre en place une nouvelle organisation technologique qui touche leurs pratiques. Pourtant ce désordre n'est qu'apparent, il ne doit pas faire illusion, car s'il y a certes foisonnement et dispersion, tous ces énoncés, nous semble t-il, sont tenus par une solide logique et une grande cohérence. Cela montre que l'organisation est très

fragmentée d'une part, mais d'autre part que la prise de décision est issue d'une organisation construite, et d'une création collective.

Concernant la répartition de la responsabilité dans les organisations en effet, la production du discours en réalité, est contrôlée au plus haut niveau. Les associations de santé regroupant les professionnels de la santé sont des organisations particulièrement bien structurées et hiérarchisées. C'est la hiérarchie qui distribue rigoureusement le droit à la parole, ses conditions de diffusion, son contenu. La parole dans le milieu de santé fait l'objet d'une sélection sévère, elle est le privilège de ceux qui sont qualifiés pour parler, ceux qui satisfont à des exigences très précises, car ici aussi « n'importe qui ne peut pas parler de n'importe quoi ». La production du discours est à la fois *« contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures »* (Foucault, 1971 p 10).
C'est ce que confirme une infirmière qui conteste très radicalement la manière de procéder des décideurs, aussi bien dans leurs discours que dans la prise de décision au sein des équipes :
« Nous en tant que soignants on n'a pas été du tout sollicité, c'est essentiellement les personnes, et je crois ce sont les médecins, les chirurgiens, les infirmières de coordinations (Laurence et Véronique) qui sont détachées des services de soins et donc nous en tant professionnels des services on a pas du tout accès à la préparation de cette rationalisation, ce sont les deux infirmières qui vont travailler pour cette mise en place là et qui nous font des formations.
Concernant l'analyse fonctionnelle et le cahier des charges pour instant non, on n'est pas impliqué en amont on dit qu'il va avoir un nouveau logiciel et après le logiciel est mis en place avec les personnes qui vont y voir accès sauf nous et après on fait la formation, ensuite on le met en place dans le service. Donc pas du tout on n'a pas été impliqué, même pour CURSUS 3, en amont pas du tout ».

Les choses sont donc claires : ce sont les instances dirigeantes, et elles seules, qui distribuent la parole, le soignant « de base », ne doit pas ni ne peut la prendre sans l'accord de sa hiérarchie. Cette gestion quasi bureaucratique de la prise de décision d'un changement organisationnel et technologique, montre à quel point, le discours technologique est partout associé à une tentative plus ou moins sophistiquée d'élaborer une nouvelle pensée technico-politique, ou bien même technico-économique : sommes –nous dans une logique de politique néo-libérale qui repose sur des discours très subtils ? En réalité, ces discours se fabriquent

dans un contexte où ils se limitent dans la réalité à un projet de l'organisation aux contours parfois incertains, parfois contradictoires, adossé sur le leitmotiv de l'amélioration de la qualité des soins et de la gestion de la traçabilité des soins entre les différents réseaux. C'est la raison pour laquelle la plupart des analystes (concepteurs, éditeurs, informaticiens etc.) se sont contentés d'y voir une énième idéologie et au mieux une utopie (au sens positif du terme).

Au-delà des discours de changement organisationnel, en matière de TIC, il nous faut à présent nous pencher sur la question des « pratiques » qui sont associées aux TIC. Il convient donc de définir sur les catégorisations que l'on retrouve immanquablement lorsque l'on se penche sur le phénomène « technologique en pratique ».

Cette réflexion a connu un renouveau remarqué dans les dix dernières années, et les Sciences humaines et Sociales s'y sont intéressées

Orlikowski fut à cet égard, l'une des plus fécondes analystes de ces nouvelles formes d'organisations qui se définissent autour de la technologie en centrant sur la notion de « pratique ». Partons donc de ses éléments de définitions pour voir s'ils éclairent notre compréhension de la technologie dans les organisations. Ce que nous retenons des travaux d'Orlikowski, réside dans le fait que ce qui compte pour évaluer l'efficacité d'une technologie, n'est pas l'artefact technologique, ce qui compte c'est la « technologie en pratique ». Ce que l'on peut retenir des travaux d'Orlikowski, repose sur le fait qu'elle met l'accent sur l'importance, dés le début de voir travailler ensemble avec les gens qui utilisent la technologie. Les impliquer, les associer à la conception du système est important, les observer dans leur milieu naturel de vie. La « technologie en pratique » repose sur une observation attentive des utilisateurs qui expliquent les moindres événements. Elle *« promet de mettre en relation tous les acteurs, promet l'explication en amont de la technologie, la connaissance totale du présent et la prévision certaine de l'avenir dans les interactions »* : Cette connaissance est une connaissance tacite qui ne s'obtient que dans les interactions entre les membres de l'organisation. Par conséquent, la « technologie en pratique » ordonne les faits en une procédure absolument logique, et elle procède avec une cohérence qui n'existe nulle part dans la réalité. Dans ce sens, l'engagement des personnes repose sur des responsabilités partagées dans l'organisation.

Si l'on applique cette grille de lecture « technologie en pratique », on constate qu'elle correspond à une logique et à des phénomènes s'inscrivant dans une dimension communicationnelle. Elle découle d'une prémisse fondamentale, celle de la *performativité*, idée qui sert à justifier la légitimité d'une implantation technologique dans une organisation et

à régir l'ensemble de la vie individuelle et collective de celle-ci. Une telle organisation dépend fortement de l'engagement concret que nous avons évoqué plus haut. L'idée dans le fait que la performance n'est pas dans le projet technologique, mais que l'engagement est dans le métier des individus. Cette conception de la notion de performance n'est pas vue de la sorte dans les organisations et par les acteurs qui les dirigent.

Dans ce travail, la notion de performance sera revisitée pour dépasser l'idée de performance, d'injonction à laquelle rien n'échappe. Elle agirait comme un instrument de justification dans les pratiques médicales. D'où en effet la réification de la « technologie en pratique ». Le concept de performativité réifie la technologie et devient alors un: « artefact technologique » (Orlikowski, 2000). Dès lors toutes les connaissances ne reposent plus sur l'interaction entre les individus, mais plutôt sur un déterminisme technologique. Les choses s'ordonnent autour de cette idée-maîtresse de performance, selon une architecture cohérente de thèmes à partir desquels on construit une réflexion particulière. On retrouve cette prémisse de la performativité de la technologie dans tous les discours qui définissent les changements organisationnels, que cela soit dans les pays industrialisés et en voie de développement (en Afrique), mais aussi dans les établissements publics de santé, et même dans les petites et moyennes entreprises. On peut même affirmer que la performativité est la base fondamentale de toute logique d'appropriation technologique dans une organisation.

On s'adosse sur le concept de performativité de la technologie pour produire un système qui assure la sécurité des soins, et qui favorise le changement des pratiques médicales car, « Rien n'est jamais figé en médecine. La seule règle qui reste immuable ici, c'est la sécurité ». Dès lors, la sécurité devient inséparable de la performance du système technologique. La technologie peut ainsi se légitimer comme porteuse d'une sécurité de haute performance, et on légitime toutes les actions comme étant des jalons dans la réalisation et l'incarnation d'une organisation reposant sur des nouvelles techniques et méthodes de travail. Ainsi, la technologie affiche sa compétence à gérer la performance, structurer le réel mais aussi à régir le social dans le discours des décideurs. C'est précisément cette prétention à expliquer et à gérer le social qui fait des technologies les concurrentes des professionnels de santé, qui jus que-là, étaient en situation de monopole dans cette revendication. Nous pouvons à cet égard faire allusion ici aux patients qui utilisent de plus en plus l'Internet pour mieux connaître une pathologie, puis qu' ils ne se contentent plus de l'avis d'un médecin.

Un autre élément qui milite en faveur de la technologie comme phénomène dominant dans les pratiques de santé est le fait que la technologie prône elle-même cette qualité des soins.

Il est en effet fréquent de rencontrer le concept de « qualité » sous la plume des décideurs, des concepteurs, des éditeurs etc, tel qu'il souvent souligné dans la cadre législatif dans la transfusion sanguine : voici un exemple sur la qualité :

« Le responsable s'assure que les personnels du dépôt de sang reçoivent une formation relative aux procédures applicables au fonctionnement du dépôt, notamment sur les règles d'assurance qualité et de conservation et délivrance des produits sanguins labiles. » (Journal officiel De la République Française, texte 33, 149)

La technologie installe dans le milieu médical une situation de peur, qui crée un rejet de l'outil au sein des utilisateurs, ce que les décideurs considèrent comme déplorable sur le plan médical. La réingénierie du travail médical dans les organisations de soins, politique, économique et même morale est privilégiée : toute organisation moderne doit se fonder sur la technologie selon les décideurs. La technologie impose de repenser la place et le rôle des acteurs du système général de soin. Ils ont bien conscience du fait que les obstacles ne sont pas technologiques ou financiers, mais qu'ils sont organisationnels. Il s'agit de bâtir une organisation de santé prête à contribuer à une meilleure efficacité du système de santé. Une démarche que les directeurs d'hôpitaux tentent d'adopter en lançant des slogans tels que : « Faire tomber les murs » pour des organisations exemplaires. Prenons comme exemple la déclaration du directeur du Centre Hospitalier et Universitaire de Toulouse Romalet qui déclare :

« Je pense que les nouvelles technologies ne prendront réellement leur dimension que dans une organisation globale. Mais l'une des difficultés majeures du système français est son cloisonnement en tuyaux d'orgue. Un certain nombre de cloisons vont, sinon céder, du moins s'ouvrir. La loi HPST rend possible une évolution sur les compétences des professionnels, après validation des autorités. On peut faire bouger les choses sur des territoires isolés. Mais la principale cloison est celle du financement. Le jour où la circulation des flux financiers pourra être différente, le système va beaucoup évoluer. Il faut donc mobiliser tous les acteurs de la chaîne pour y arriver. Nous essayons de faire travailler des familles d'acteurs différents sur des projets concrets : les professionnels de santé publics ou privés, les malades et leurs associations, les industriels, le monde académique et ses laboratoires de recherche, les payeurs, etc. On va faire bouger les choses »

A l'instar du directeur du CHU de Toulouse, cette remarque est faite par les autres autorités d'hôpitaux pour ce qui concerne les technologies de l'information dans la santé. En effet le

terme « technologie » est fréquemment employé par ces acteurs, il devient un terme significatif de leur vision de la performance des soins. La technologie dans les pratiques des professionnels de santé, dans cette perspective, n'est plus une simple addition d'outils et de protocoles, mais un moyen de rationaliser les pratiques professionnelles. L'insistance portée sur la technologie entend les rendre indispensables à un système d'outils propres à rendre performant le travail.

On peut donc parler à propos de la démarche des macro-acteurs, d'une « élite idéologique » dans la mesure où ils proposent des idées qui vont vers une révolution du système de santé, au sens où les transformations en cours bousculent radicalement les positions acquises et structures établies.
« Une idéologie, est très littéralement ce que son nom indique : elle est la logique d'une Idée. Son objet est l'histoire, à quoi l'Idée est appliquée » (Arendt p.825).

Plus loin, *« Les idéologies admettent toujours le postulat qu'une seule idée suffit à tout expliquer dans le développement à partir de la prémisse, et qu'aucune expérience ne peut enseigner quoi que ce soit parce que tout est compris dans cette progression cohérente de la déduction logique »* (Arendt, p. 826).
L'idéologie est une loi qui explique jusqu'au moindre événement en le déduisant d'une seule prémisse, d'une seule Idée.
Nous prenons l'exemple ici, dans le domaine de la santé, de la loi HPST : cette loi porte un potentiel exceptionnel d'innovation, même si des intensions mises en œuvre font face à des résistances des utilisateurs. Cependant, l'acceptation de la rupture fait son chemin et, avec elle, l'adhésion à une vision nouvelle du système de santé, où l'informatisation de la santé prend sa place, de plus en plus. En d'autres termes les acteurs macro développent une idéologie suscitant une vision nouvelle des systèmes de santé où la technologie prend place. Par conséquent par rapport à la notion d'idéologie, nous admettons que le « penser idéologique » ordonne les faits, en une procédure absolument logique. Elle procède avec une grande cohérence dans le domaine de la réalité du secteur médical. Toute idéologie suppose ainsi une idée centrale tenue pour axiome, duquel tout le reste est déduit. C'est à partir de cette Idée que tout le réel sera expliqué, ordonné, assujetti. Si l'on applique cette grille de lecture sur la technologie dans le secteur de la santé, on constate que toute la logique de ce phénomène découle d'une prémisse fondamentale, celle de la performativité des organisations de santé, et en l'occurrence de l'organisation de soins. Réfléchir sur la notion de la

performance dans le domaine de la santé doit être une préoccupation centrale selon nous en sciences de l'information et de la communication.

En dépit de notre hypothèse d'associer technologie et idéologie, en concevant la technologie comme un « mouvement » idéologique, cette approche peine à contenir toute la complexité de ce phénomène. En effet, la technologie renferme des éléments qui dépassent le seul cadre idéologique et que nous allons approfondir également au cours de deuxième partie de thèse.

Nous avions en effet suggéré dans notre introduction générale que la technologie procède d'une double dynamique : elle est concomitamment source de tensions et de contradictions dans les pratiques médicales, et offre des transformations socio-médicales voire même socio-organisationnelles. Nous avions proposé dans notre hypothèse que la technologie offre un nouvel ordre médical, pertinent et valide, en respectant des critères d'échange, de conversation, de dialogue et de négociation, pour permettre un choix technologique réfléchi et adapté aux pratiques. Il est en même temps rupture et fondation. Ainsi, si nous nous concentrons sur la notion de fondation d'un choix de système technologique, nous mettons en lumière le fait qu'il est lié dans sa mise en place à des critères de communication.

Il est un autre élément de la technologie dont ne rend pas compte l'interprétation idéologique, et que l'on retrouve dans la pensée utopique. Celle-ci lie les idées, les symboles et les sentiments des autorités des décideurs, qui mettent en place les technologies et leur permettent d'ordonner cet ensemble, vers la réalisation de leur idéal. En ce sens, nous pouvons considérer la mentalité des acteurs macro comme utopique car :
« Un état d'esprit est utopique, quand il est en désaccord avec l'état de réalité dans lequel il se produit. Ce désaccord est toujours apparent dans le fait qu'un tel état d'esprit dans l'expérience, la pensée et la pratique, est orienté vers des objets n'existant pas dans la situation réelle. Toutefois, nous ne devons pas considérer comme utopique tout état d'esprit qui se trouve en désaccord avec la situation immédiate et la dépasse (transcends), et qui, en ce sens, s'écarte de la réalité. Ces orientations qui dépassent la réalité, ne seront désignées par nous comme utopiques que lorsque, passant à l'action, elles tendent à l'ébranler, partiellement ou totalement, l'ordre de choses qui règne à ce moment »

L'utopie agit donc en opposition au *statu quo*, et contribue à désintégrer le système Dans cette acception et contrairement à une réputation tenace, l'utopie n'est en rien « une espèce de rêve

social » (Ricoeur 1997, p.18) ni une évasion du réel. Pour lui, elle est profondément réalisable. L'utopie est ainsi une manière d'interpréter le monde et de le transformer, de changer l'ordre des choses, c'est pour reprendre Paul Ricoeur, « un rêve qui veut se réaliser » (idem,p 36). L'utopie revendique la rupture, elle se veut une alternative à la réalité. Ainsi nous considérons que l'utopie technologique est en partie liée avec le changement et la modernité car toute utopie possède par « nature, par essence » une capacité qui permet « de produire une modernité » (idem).

Comme on peut le voir, nous avons dans l'utopie mais aussi dans l'idéologie des éléments décisifs pour la compréhension de la technologie dans les organisations modernes. La ligne de partage entre utopie et idéologie tend à disparaître, l'une n'excluant pas l'autre, bien au contraire, cette complémentarité entre idéologie et utopie ne doit pas surprendre, elle était déjà soulignée par le philosophe Paul Ricoeur pour qui « le conflit et l'entrecroisement de l'idéologie et de l'utopie (…) donnent à chacune d'entre elles tout son sens » (idem, p 241). La technologie, à notre sens, offre une parfaite illustration de cette rencontre entre idéologie et utopie : elle est utopique dans sa mentalité et idéologique dans son fonctionnement

En définitive, dans cette deuxième partie, nous montrerons ainsi comment fonctionnement les discours stratégies d'énonciation et de légitimation, autour des technologies de l'information dans le domaine de la santé, et qui s'activent autour d'un concept fort qui est celui de la performance technologique. La technologie donne sens au réel, et opère une délégitimation de la réalité sociale. Dès lors nous considérons que dans le domaine de la santé, la notion de performance doit constituer un axe central d'étude dans les sciences de l'information et de la communication. Nous cherchons ainsi au plan épistémologique à affirmer la place des Sciences de l'Information et de la Communication dans les recherches concernant le secteur de la santé. En effet, mettre l'accent sur ce concept est une façon de travailler sur les catégories en communication, qui permettent de se démarquer des autres disciplines connexes notamment à la sociologie. Ils sont souvent considérés comme des sociologues. Autrement dit, les spécialistes en sciences de l'information et de la communication semblent avoir de grandes difficultés à se positionner dans l'espace public. Ainsi Pascal Lardellier (2012) parle de résignation acquise en acceptant le titre de sociologue. Pour cet auteur, pour que les sciences de l'information et de la communication existent dans le débat public, dans les médias, il convient peut-être pour les chercheurs de la discipline d'apprendre à se nommer de façon crédible, collective, concise, homogène et stratégique.

Dans cette perspective, une question centrale mérite d'être posée : comment socialiser nos savoirs, en assurer la publicisation, la médiatisation, la normalisation, la technicisation. Quelles les pistes explicatives marqueraient la spécificité des sciences de l'information et de la communication par rapport aux autres disciplines ? Dans le courant qui concerne la communication organisationnelle qui est un des domaines des sciences de l'information et de la communication, l'étude des interactions se place comme un des principaux objectifs, comme une démarche centrale, pour saisir les aspects communicationnels d'une organisation. Ainsi, c'est dans ce sens que nous comptons éclairer sur le concept de « performance » considéré comme étant intrinsèquement liée à la mise en place collaborative d'un dispositif technologique.

Nous tenterons de répondre à ces questions en trois chapitres en analysant la « technologie en pratique » appréhendée par les auteurs en communication organisationnelle dans le chapitre 4. Le chapitre 5 consistera à saisir les processus de ces deux changements organisationnels et enfin le chapitre 6 sur la coordination organisationnelle et les formes émergentes.

Chapitre 4 La technologie en pratique : quel apport pour une problématique en science de l'information et de la communication ?

Nous défendons l'idée selon laquelle observer l'action collective nécessite une déconstruction des différentes conceptions que les individus ont en situation, de travail ou sur un objet particulier. Il s'agit dans les cas qui concernent les domaines des technologies de s'éloigner d'une vision techniciste de l'objet, et de voir l'objet dans sa dimension sociale. Ce qui à déconstruire des choses et les adapter à leur dimension technico-sociale. Nous considérons qu'à l'instar de Michel Durampart que :

« Le construit technico-social est indissociable d'une dimension symbolique qui est issue des relations entre acteurs et de conceptions qui se complètent ou s'opposent » (Durampart, 2007).

Cependant dans les technologies en santé, la dimension sociale est souvent négligée par leurs concepteurs, du fait que le milieu professionnel ne comporte souvent que des acteurs qui considèrent le social comme inutile autrement dit, rentrer en contact avec les personnes serait une perte de temps. Dans ce milieu la communication reste souvent conçue comme descendante et utilitariste.

Or, nous pensons que dans un contexte où il faut s'adapter à des nouvelles techniques de travail, où il faut gérer l'incertitude et la complexité, l'interaction des membres de l'organisation devient primordialement pour la compréhension de l'action.

Dans cet esprit, concentrons- nous sur la notion d'interaction que nous considérons comme étant un élément fondamental qui permet non seulement aux membres d'une organisation de se comprendre, mais au-delà de travailler en collectif, car nous considérons l'interaction comme étant primordiale pour le fondement de toute organisation aujourd'hui.

En effet, si nous faisons un bref historique des organisations avant les années 1970, la performance de ces organisations était considérée comme reposant essentiellement sur des prises de décisions hiérarchiques. Une logique de technostructure constituée par des personnes qui vont imposer un système dominait.

Aujourd'hui l'organisation est dans une logique de la recherche de la performance collective et individuelle, la qualité, le service aux consommateurs, la diversité, l'innovation à tout prix. La performance des organisations des années 90 et de nos jours repose sur des capacités basées sur les connaissances, des compétences fondées sur des nouveaux savoirs, une approche planétaire des problèmes. La conception de l'organisation aujourd'hui est liée à celle d'une société organisée autour de la création de connaissance et de l'utilisation de l'information (Hatch, 2000), et qui prône les valeurs collectives. Nous pensons que la société de l'information et de la technologie doit s'inscrire dans cette démarche à visée collective. Or, nous avons constaté que la société de l'information et de la technologie d'aujourd'hui, que nous assimilons à une société de connaissance, induit un comportement individualiste, derrière une idéologie de réseaux qui donne l'impression d'être dans le collectif. Pourtant, c'est l'individualisme qui domine même dans la façon d'acquérir des connaissances et les savoirs en milieu organisationnels.

Cette situation, est considérée comme une problématique essentielle au niveau des sciences de l'information et de la communication. En effet, beaucoup d'auteurs dans ce domaine se préoccupent d'éclairer l'émergence de ces savoirs, de ces connaissances, devenus des fondamentaux pour conceptualiser l'essor de la technologie dans les organisations. Pour les auteurs en communication qui défendent l'idée selon la quelle :

« Les connaissances organisationnelles recouvrent à la fois les savoir et savoir-faire. [Elles sont constituées] de connaissances de différents niveau (mais qui sont toutes nécessaires à l'activité organisationnelle), à savoir des connaissances de niveau individuel et des connaissances de niveau plus collectif » (Grosjean 2010).

4. 1 La co-construction de connaissance relative à deux logiciels : HM et CURSUS

Tout ce que les auteurs défendent réside dans le fait que le savoir et la connaissance organisationnels reposent sur une communauté d'interactions.

Ce constat s'est d'ailleurs vérifié dans notre terrain, où suite à une mauvaise prestation d'un prestataire, les acteurs ont fait appel à un autre prestataire, qui est plus ouvert aux questions des utilisateurs, dans la mise en œuvre des logiciels de travail :

« Donc sur la communication , arrivé à un moment beaucoup plus proche du déploiement de l'outil, on a eu un prestataire, une entreprise extérieure qui avait l'expérience de la formation du personnel sur cet outil qui est venu en fait nous accompagner et alors là, je dirais que là sur le plan de la discussion, c'était beaucoup plus intéressant, beaucoup plus efficace depuis qu'on a ce prestataire qui est très bien et qui est très présent pendant le déploiement initial, c'est-à-dire lorsqu'on a commencé à utiliser l'outil de prescription au moment où il a été déployé dans les services les anesthésistes sont concernés par l'outil de prescription, et les chirurgiens. L'outil de soin HM touche deux activités. On avait une présence quasi quotidienne de ce prestataire qui était là présent et qui était près à répondre à toutes les questions ».

Dans ce témoignage, nous comprenons que la stratégie de moderniser ne relève pas d'une vision techniciste et stratégique du management, mais plutôt d'une volonté de partage des connaissances et des savoirs avec les membres qui composent le groupe. Tel qu'il est relaté dans ces lignes : *(« Le savoir est désormais vu comme « situé dans les systèmes d'activités et de pratiques en déroulement continu ». Il est décrit comme essentiellement social, « relationnel et médiatisé par des artefacts ». Ce savoir est dit « constamment reproduit et négocié et se présente donc comme une connaissance provisoire et dynamique. Ce savoir est ainsi « ancré dans son contexte d'interaction », créé et « acquis dans la participation à une communauté de pratiques »)* (Giroux, 2006 p 159).

Dans ce sens nous voulons mettre en lumière le fait que la modernisation des équipements et des procédés, sont autant d'occasions privilégiées d'apprentissage. En ce qui concerne le domaine des technologies de l'information et de la communication, il s'agit aujourd'hui en organisation, en effet de développer des compétences individuelles et collectives en vue d'utiliser les nouvelles applications de soutien à la gestion du savoir. En d'autres termes, nous voulons insister sur la nature essentiellement communicationnelle de la création ou de l'attribution de savoir en organisation. Pour Orlikowski, la notion de savoir est très liée à la notion de pratique, elle considère que les connaissances et les pratiques sont constitutives, et

qu'il est impossible de les traiter séparément. Pour elle, la pratique permet de comprendre les connaissances (Orlikowski , 2002).

Nous posons ici des éléments fondamentaux qui précisent notre positionnement épistémologique et qui permettent d'expliquer et de comprendre notre objet de recherche. Les deux technologies notamment HM et CURSUS3. Avec une approche dite socioconstructiviste, notre objectif principal est de montrer comment les membres de la clinique co-construisent leurs connaissances dans une démarche de déconstruction et de construction d'un projet technologique nouveau.

Les projets technologiques dans les hôpitaux font l'objet d'énormes controverses qui montrent que la recomposition des structures de santé via les technologies n'est pas facile et c'est la raison pour laquelle nous avons décidé de porter ce regard sur la communication organisationnelle, selon une l'approche socio-constructive, autour des logiciels HM et CURSUS 3. On assiste à une volonté de fonder le changement organisationnel dans la communication pour libérer l'organisation de sa dépendance aux aspects technologiques, économiques, vus comme dimensions incontournables dans les situations de mutations technologiques Ainsi les chercheurs en communication réfutent la conception du changement organisationnel et technologique comme une gestion pouvant être pré-établie, statique, relativement ordonnée, aux frontières claires. Le changement technologique est un phénomène vu comme un processus. Ces deux conceptions du changement sont le reflet d'une conception de l'organisation longtemps vue entre deux logiques : l'organisation vue comme entité/ l'organisation vue comme processus. Deux visions perçues comme étant antagonistes, voire même incompatibles. Or, selon les chercheurs en communication qui se positionnent dans un paradigme socio-constructiviste, il faut intégrer ces deux dimensions et sortir de cet antagonisme (structure/processus) (Grosjean 2009, Taylor 2000 et autres). S. Grosjean, Taylor, considèrent que pour avoir une meilleure compréhension de l'organisation, il faut interroger cette relation entre effet (structure) et processus (action). Par une démarche analytique spécifique, comment le collectif est à trouver dans la structure même de la communication (Grosjean 2009) :

« L'hypothèse forte soutenue par les chercheurs est que les interactions, aussi locales et singulières soient elles, sont empreintes de dimensions structurelles plus larges mais il est indéniable que les structures dépendent, pour reproduction et leur transformation, des accomplissements pratiques des acteurs »

Il s'agit ainsi de montrer la capacité des interactions et le rôle de la co-construction des connaissances dans les réformes structurelles qui traversent les organisations, en l'occurrence celles de la santé. Une méthode de changement radical se fonde aujourd'hui sur la concertation, le dialogue même si les structures sanitaires ont longtemps ignoré les aspects communicationnels, qu'elles considéraient comme une « perte de temps ». Cette démarche qui marque la rupture avec les façons de faire des acteurs de santé, met aussi les actions de communication au service du changement technologique. Tel qu'il est souligné travers ces propos :

« L'implantation quasi généralisée des TIC a contribué à soutenir la mise en place de nouveaux modes de gestion et de coordination au sein des organisations. On voit émerger des «communauté de pratique » qui parfois transcendent les territoires professionnels, des réseaux de coopération entre des entreprises privées, entre des organisations de soins qui bousculent les frontières de l'organisation… Le paradigme de la coordination horizontale gagne du terrain et vient remettre en cause les schémas associés au découpage fonctionnel des organisations. Celle-ci reposent sur un mode de coordination plus « distribuée » des activités, elle aussi, plus distante, plus immatérielle, moins contrôlable » (Grosjean 2009, p 6).

Dans cette perspective, le domaine de la santé semble être au début d'un grand processus de changement. La prise en compte de plusieurs facteurs, pour se mettre dans une posture d'organisation moderne invite chacun alors à sortir des habituelles méthodes de travail, souvent considérées comme très cloisonnées. Dans la même dynamique, les chercheurs tentent également de mener une démarche de recherche interdisciplinaire, qui se fonde sur l'analyse de l'organisation sur de l'ensemble des composants qui la constituent.

« La prise en compte de ces différences de textures nous invite alors à sortir des habituelles distinctions d'échelles entre micro/ macro, individu/ organisation » (2009, p .7).

Ainsi comprenant cette logique et par souci de se conformer aux exigences des nouvelles formes d'organisations décrites comme des « organisations en réseau », le domaine de la santé l'applique dans les projets de recomposition et de restructuration. C'est exactement ce que confirme Sylvie Grosjean :

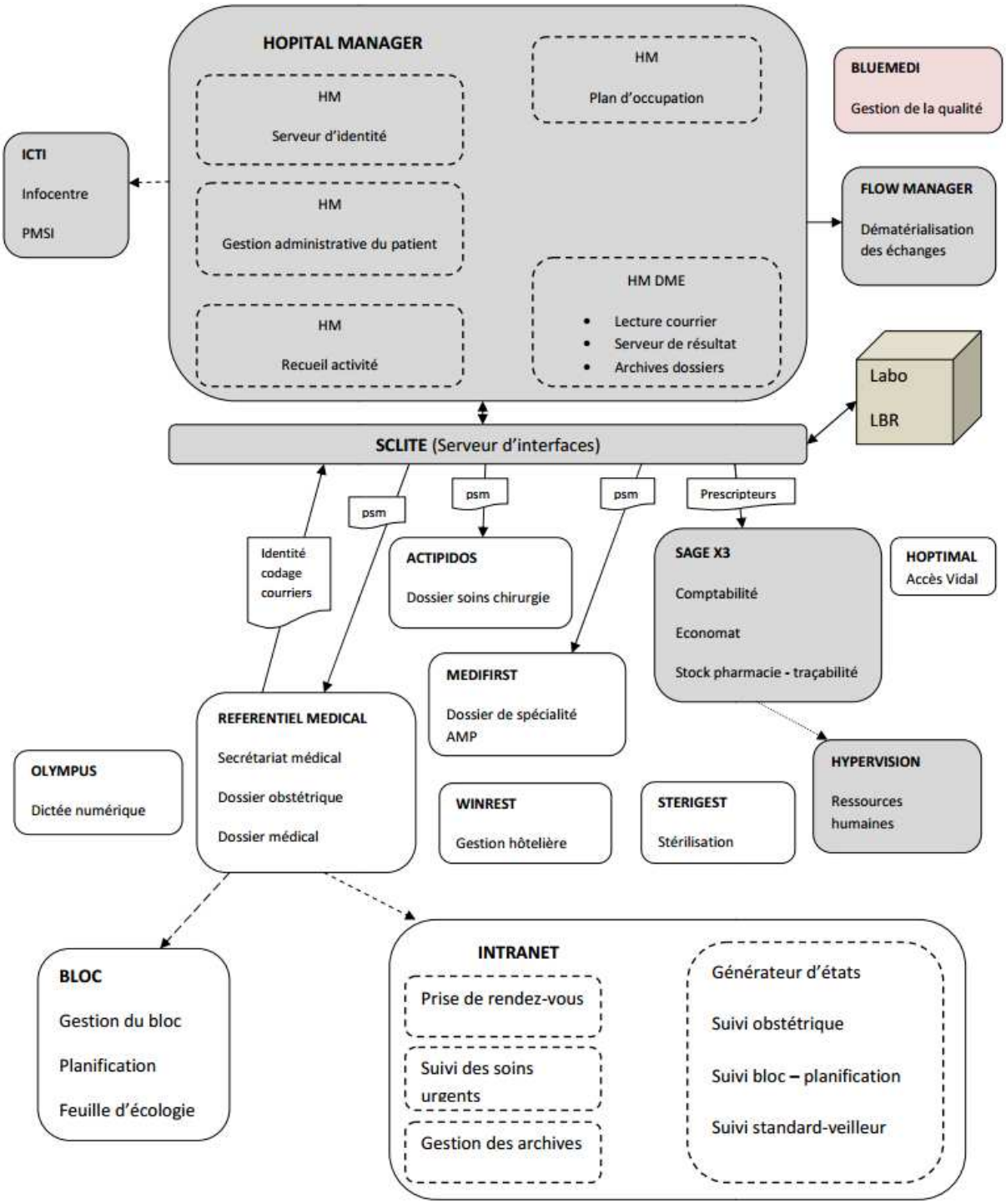
« La mise en réseau de certaines organisations (par exemple les réseaux de santé considère comme une innovation organisationnelle au service d'une meilleur efficacité et efficience d'un système impose une activité de coordination qui soutient la production d'un service en faisant travailler ensemble des acteurs de métiers, des statuts, d'objectifs différents » (2009, p. 7).

Dans cette dynamique qui marque une rupture avec une façon de travailler, nous avons compris à travers différentes observations faites dans ce milieu, et les différentes enquêtes menées notamment à la Clinique la Sagesse de Rennes, que : être acteur aujourd'hui dans la santé ne revient pas uniquement aux personnes qui décident mais à toutes les personnes susceptibles d'être parties prenantes dans l'activité. En effet, les personnes interrogées l'ont bien compris, dans cette situation, la coordination reste au cœur d'un bon fonctionnement du système. Ainsi pour illustrer ceci, nous présentons ici une cartographie qui permet de comprendre l'évolution des systèmes d'information sur plusieurs années, et il s'agit de montrer comment cela a évolué en fait. Notons que le système a été développé en 2010 qui est l'année où la Clinique a connu l'expansion du système d'information. Il faut rappeler que le projet des SI a commencé depuis 2007 avec le choix d'HM, qui aussi a été confronté à des difficultés d'acceptation ou même des blocages organisationnels. A partir de 2010, HM se développe dans plusieurs briques (ce sont de nouvelles applications qui s'ajoutent au système d'information de la clinique) : notamment : HM Serveur d'identité, HM Gestion administrative du patient, HM Recueil d'activité, HM Plan d'occupation, HM DME, et cela couvre les activités telles que la lecture courrier, le serveur de résultat, les archives de dossiers :

« HM DME c'est le dossier médical établissement. Donc l'objectif c'est de plus en plus d'avoir plus de cohérence dans le système d'information, de plus, on va respecter tout ce qui est réglementation, être cohérent, avoir une technique qui soit de plus en plus viable, pour qu'on puisse nous maintenir et qu'on n'ait pas de soucis en fait. Et puis des fonctionnalités qui correspondent aux besoins »

Ce que nous retenons de ce développement d'HM dans l'activité de la clinique, c'est que d'une part le Programme Médical des Systèmes d'Information (PMSI) très tôt mis en place dans le paysage hospitalier (vers les 80) connaît une véritable évolution. D'autre part, toutes ces « briques » qui se font autour du logiciel HM, nous montrent un phénomène important qui est la dématérialisation des échanges. Ainsi pour mieux permettre l'échange la cartographie nous montre que le système ne se réduit pas uniquement à HM, qu' également il existe d'autres logiciels qui sont hébergés par HM. C'est le cas par exemple du logiciel Flow

Manager qui facilite cette dématérialisation des échanges d'information. Nous vous proposons de vous conférer à (Cf. annexe 4°)



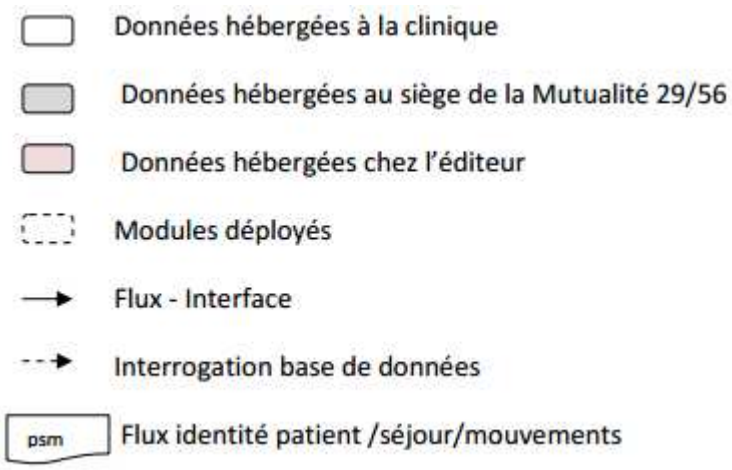


Figure : Cartographie du système d'information de la clinique La Sagesse en 2010. Une date décisive dans l'évolution dans le phénomène de l'informatisation des pratiques médicales. Une évolution qui continue en 2011, 2012 (voir Annexe 4)

Ainsi, nous l'aurons compris à travers cette cartographie, le développement HM dans les différentes briques est de permettre la coordination de l'activité et à structurer les connaissances de chacun, dans la clinique, qui est amené à travailler avec ces logiciels. La coordination et la structuration semblent être l'objectif initial de la conception de l'outil tel qu'il est conçu par les concepteurs :

« Outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins, il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient ».

Aussi cette forme de coordination qui se dessine dans la clinique à travers les logiciels nous évoque le concept de *« knotworking »* (Engestrom, 2008) ou « travail en nœud » qui inspire souvent les chercheurs en communication et qui le mobilise, afin de saisir les relations de collaboration qui se négocient, se font, se défont et se recomposent au sein d'une organisation, d'un réseau (Grosjean 2009).

Dans ce sens nous pensons qu'il est important de définir ce concept avant de le mobiliser dans ce travail. En effet, voici ce qu' Engestrom en dit :

« Le knotworking se caractérise par une pulsation, un mouvement cyclique d'attachement, de détachement et de rattachement au cours d'activités par ailleurs séparées. Faire ou défaire

un nœud de travail collaboratif n'est pas réductible à une entité organisationnelle distincte ou fixe faisant office de centre de contrôle. Le centre se dérobe. Au cours d'une séquence de knotworking, le lieu de l'initiative change d'un moment à l'autre. Ainsi, le knotworking ne peut être ni analysé convenablement du point de vue d'un centre présumé de coordination et de contrôle, ni envisagé comme la somme de l'ensemble des points de vue distincts des individus ou des individus ou des institutions qui y contribuent. Ce nœud instable doit lui-même devenir le point central de l'analyse » (2008, p.305).

Cette notion renvoie donc à un ensemble d'actions et de connaissances ou points de vue interconnectés entre eux. La question de la coordination est centrale.

Ainsi, nous nous inspirons de cette pensée pour éclairer le développement du logiciel HM, dont nous avons déjà parlé plus haut. En effet nous avons déjà dit que l'objectif de la mise en place du logiciel a été de mieux assurer la coordination. Ainsi si nous faisons la comparaison entre la notion de coordination et celle de « knotworking » ; nous pensons que ces deux termes peuvent signifier la même chose dans la mesure où ils sont associés à une vision qui cherche à dépasser le niveau micro et le niveau macro. Ainsi tel que nous le suggère Engestrom, nous nous inspirons de lui pour analyser cette dynamique, à l'instar d'autre chercheurs en communication, qui tentent de concilier le niveau macro et micro dans l'analyse des phénomènes qui portent sur les TIC dans le milieu de la santé (Mayère et Groleau 2000).

Selon Engestrom, le macro et le micro forment un nœud, mais ce nœud est défini comme étant instable. Dans ce sens l'objectif du chercheur est de rechercher ce qui est à l'origine de cet effet de « nœud ». C'est ce que nous avons voulu réaliser dans cette étude portant sur la clinique de La Sagesse.

Dans les enquêtes que nous avons menées, nombreux sont les professionnels de santé qui nous ont évoqué les problèmes qui se existent entre eux et les acteurs qui décident. Ils ont par ailleurs montré que malgré ces clivages, qui installent une situation instable si nous parlons le langage d'Engestrom, il existe un sentiment de dépassement face au système, qui semble ne pas pouvoir être mené à bien dans la mise en œuvre. C'est exactement ce que nous confirment ces propos :

« HM est très bien utilisé puis que on l'imposition que soit les médecins qui prescrivent donc on fait des statistiques régulières qui montrent qu'au niveau de la clinique ça se passe très bien, les médecins prescrivent avec les prescriptions, les infirmières administrent ça se passe très bien, au début, les médecins étaient assez réticents de l'utilisation et finalement ils sont habitués. Les retours sont assez positifs lorsque l'on a des personnes extérieures à la clinique qui viennent en remplaçant, des internes qui ont navigué dans plusieurs établissements. Donc les retours sont assez positifs et donc motivent quand même les personnes qui sont en place. Après il y a un certain nombre de demande d'évolution qui sont en cours et donc effectivement, l'outil n'est pas parfait ».

Nous retenons chez acteurs un sentiment de dépassement pour avancer. La tutelle laisse une marge de manœuvre aux professionnels de santé, et nous pointons aussi les activités de « nouages » de différents acteurs, permettant des combinaisons collaboratives, hétérogènes et changeantes dans le temps (Giroux, 2006).

C'est dans se sens que nous avons observé, le fait que la cartographie du projet de 2010 a connu des évolutions et a été le prolongement de celle de 2011. En effets les résultats du projet de 2010 ont révélés que l'amélioration repose sur un système qui est déjà existant, et qui se base sur des formes collaboratives de travail. Nous l'avons remarqué à travers la démarche de la clinique qui a reconnu avoir rencontré des difficultés de changement technologique avec HM depuis 2007.

Mais c'est réellement à partir de 2010 que des solutions ont commencé à se mettre en place. En effet, les personnes rencontrées nous ont révélé que, dans le secteur de la santé et surtout dans les problématiques qui reposent sur la restructuration de la santé, être acteur en matière de santé ne touche pas uniquement les acteurs qui décident, mais cela touche aussi le patient. C'est dans ce sens que les professionnels de la santé ayant conscience des potentiels des technologies de la santé dans l'amélioration de leurs conditions de travail, tentent de comprendre de plus en plus celles-ci, en mettant en avant stratégies de groupes de travail organisées au sein de la clinique. On a assisté plusieurs fois lors de notre étude de terrain à des situations où des infirmières et infirmiers référents accompagnaient les médecins dans leur compréhension de l'outil. C'est ce qu'ils appellent le *compagnonnage*. Une nouvelle forme de travail qui nous rappelle le concept de « travail en nœud » ou*« knotworking »* de Engestrom, 2008 Cette forme de travail, très appréciée par le professionnel de santé (médecin et autres) a permis de faciliter l » adhésion du personnel au changement organisationnel :

« Du coup à la louche il y'a a peu près un an, on a une présentation de l'outil de prescription de HM. Du coup il y a eu des échanges entre les la boîte HM, entre un référent de la boîte et

puis nous les médecins, (Laurence (référente infirmière). Pour nous présenter l'outil de prescription pour qu'on puisse commencer à l'intégrer et pour répondre à nos questions, ce qu'on pouvait en faire et les modifications qu'ils pouvaient obtenir ».

Cette pratique a donné une opportunité à la clinique de réfléchir à d'autres axes d'informatisation, applicables à la partie obstétrique et à la partie gynécologique, qui au début n'étaient pas prévu des services dans le projet de réforme hospitalier. Seulement ces deux activités ne peuvent pas être regroupées sur HM car tel que le souligne un informaticien :

« HM ne peut pas recouvrir tout car il n'a pas toutes les fonctionnalités, donc on est obligé de passer par un certain nombre de logiciels spécifiques : par exemple pour le suivi de la stérilisation des prothèses, on ne peut pas faire autrement que de prendre un logiciel spécialisé ».

Concernant l'informatisation de la partie obstétrique, l'action menée était très offensive, du fait qu'elle était très souhaitée par les personnes concernées qui étaient même demandeurs tel d'un logiciel. Celui-ci est vu comme capable d'être pensé finement en fonction des usagers potentiels. Il peut-être personnalisé dans les pratiques, et être l'objet de dialogue, et de discussions sur des sujets obstétriques

Tout ceci se fait en obstétrique contrairement à la partie gynécologique qui peine jusqu'a présent à trouver un consensus dans le choix d'un logiciel. Nous présentons ainsi les propos de la responsable des SI :

« En fait l'AuDIPOG ce sont des obstétriciens qui se sont regroupés en France pour établir on va dire une norme, et ça fait partie de leur culture obstétricienne quoi. Cela a été fait par des médecins pour des médecins et voilà et donc l'AuDIPOG dit un dossier maternité doit être tenu de telle façon, on doit poser de telles questions, on doit avoir tel ou tel renseignement dans le dossier à suivre une maternité. Donc c'est très réglementé et on y adhère ou on n'y adhère pas, ça fait partie de la culture de La Sagesse et c'est une réflexion d'AuPipog. Il y'a des établissements pour avoir discuté avec d'autres établissements sur Nantes par exemple, où ils ne sont pas adhérents à l'AuDIPOG parce que il y a une autre culture, une autre façon d'aborder le dossier obstétrique. Donc là c'est vrai que c'est confortable derrière car l'outil a été complètement réfléchi par l'obstétricien. Aujourd'hui les gynéco ne se sont pas regroupés dans une entité en disant que voilà, un dossier gynéco ça

doit être ça. Ça doit être telle question, ça doit être tel document, effectivement ils ne se sont pas arrivés pour diverses raisons. La gynéco c'est très large ».

A travers ces propos, nous faisons deux constats :
Le premier constat porte sur le logiciel AUDIPOD qui est mis sur le devant de la scène par des personnes qui décident de l'utiliser après une concertation nationale de tous les obstétriciens nationaux. Ce logiciel nous le voyons doit respecter les aspirations culturelles et les savoirs circulants dans l'organisation, et si ceux ne sont pas respectés, l'organisation aura une difficulté pour adapter le système d'information (c'est le cas de Nantes par exemple). Donc cette façon de réfléchir qui traverse les frontières de l'organisation semble convenir aux acteurs qui décident mais, également aux utilisateurs, car les risques de refus restent très faibles. A travers cette démarche d'observation d'un logiciel HM et de ses déclinaisons (AUDIPOD), nous retenons la pensée d'Engestrom est importante. Pour lui il faut mettre en place des séances de réflexion, une nouvelle pratique, la dynamique consistant à aller au-delà des frontières de l'organisation pour partager les idées. D'où en effet cette phrase qui résume tout : *« Le centre se dérobe »*. L'idée est de se réunir autour d'une table, pour déconstruire, construire, et coconstruire de nouvelles pensées qui peuvent dépasser la structure organisationnelle. Ceci, selon Engestrom, permet de saisir des formes émergentes d'organisations de travail. Donc nous pouvons selon nous apporter un éclairage sur la démarche des obstétriciens en France, grâce à la pensée d'Engestrom.

Par ailleurs, le deuxième constat que nous avons fait sur les propos ci-dessus concerne les difficultés de choisir un logiciel sur la partie gynécologique. Ce que nous retenons à travers ces mots c'est que pour les gestionnaires plus les personnes sont nombreuses autour d'un projet, plus les obstacles se manifestent et s'opposent à la mise en place d'un outil. Ainsi ceci nous révèle que tous les projets technologiques ne se déroulent pas de la même façon. Et que les personnes qui sont impliquées ont un rôle central à jouer. Ainsi, les difficultés évoquées dans le projet de changement technologique dans la partie gynécologique, nous obligent également à mobiliser l'autre partie de la pensée d'Engestrom pour qui le « travail collaboratif » ou encore le « travail en nœud » ne se réduit pas à l'addition des points de vue de différentes personnes qui composent le groupe, mais doit plutôt tenir compte des réalités de l'organisation pour se déployer. En effet, même si la Clinique a besoin de mettre en place un logiciel dans une démarche d'innovation organisationnelle en écoutant, les points de vue de chaque membre de l'équipe, leur importance ne doit pas être un obstacle pour avancer.

La pensée d'Engestrom consiste ainsi à concilier le niveau micro et macro afin de mettre une technologique en pratique. Voyons à ce stade un aspect particulier de ce qu'on retrouve dans les phénomènes de coconstruction de connaissances, celui qui interroge la dimension plus macro de la circulation des savoirs, dans ces phénomènes de recomposition des systèmes de soin.

4.1.1 Vers une collaboration macro-microsociologique

La notion de « collaboration » est donc centrale dans les problématiques de l'informatisation de la santé. Elle est un des facteurs qui justifient plusieurs changements technologiques dans ce domaine. Elle est devenue un élément qui dépasse les attentes d'une organisation. Elle aspire vers une dimension « ultraorganisationnelle ». Dans cette perspective, nous posons une question essentielle qui est la suivante : pour les professionnels de santé, quelle approche collaborative en technologie peut-on développer?

Pour répondre à cette question, nous ne nous sommes pas limités sur des systèmes de collaboration qui se font dans la clinique, mais nous sommes allés explorer au-delà de la clinique.

Ainsi dans cette mouvance de redressement de la santé par les technologie ou bien dans cette perspective de voir naître de nouvelles formes d'organisation en réseau, la collaboration dépasse les « murs » de l'organisation et devient un élément transversal, entre deux ou plusieurs organisations. Dans ce cas, nous avons pensé qu'il était nécessaire de réfléchir sur cette approche collaborative que l'on considère comme un axe de recherche très prometteur pour les recherches en sciences de l'information et de la communication.

En effet, les formes de collaboration dans les projets technologiques, nous l'avons déjà souligné, ne concernent pas que la clinique Sagesse mais toutes les cliniques mutualistes qui se trouvent dans la région Bretagne. Voici quelques précisions apporté par un responsable du pôle gestion :

« Ce qui se passe en Bretagne parce qu'on dépend de l'EFS Bretagne, c'est qu'ils ont pris l'ensemble des établissements et selon le nombre de transfusions par établissements, ils ont demandé à ce que les établissements s'informatisent. Ou pas Ils s'intéressent aux établissements qui transfusent le plus. Petit à petit ils baissent le seuil, ils s'adressent de plus en plus à plus aux établissements, donc sur la mutualité, sur quatre établissements chirurgicaux, n'en deux qui sont informatisés et donc qui transfusent plus, et sur les deux

informatisés en fait, il y a un qui est La Sagesse, qui est en lien direct avec EFS. C'est-à-dire en temps réel, parce que La Sagesse transfuse plus que Quimpe Et donc Quimper aura l'obligation de le faire en fin d'année » (propos recueillis auprès de la responsable du système d'information de la clinique)

Ce que nous retenons à travers ce témoignage c'est qu'il existe une organisation (EFS) présentée comme étant l'organisme principal qui assure la traçabilité des transfusions sanguines dans toutes les Zones de Bretagne. Cependant, cet organisme est en collaboration avec d'autres organisations. Les préoccupations et attentes de l'EFS vont dans le sens de garantir la traçabilité du sang. Nous retenons que les projets technologiques se font par établissements en fonction de la taille de la structure. Ce qui nous préoccupe ici, c'est de voir comment les cliniques, en l'occurrence La Sagesse, collaborent avec l'EFS qui est souvent présenté comme le noyau de toutes les pratiques qui reposent sur les domaines qui concernent le sang. Il s'agit ainsi de voir comment une logique micro-sociologique, qui repose sur des réalités très spécifiques (culture organisationnelle, identité organisationnelle et autres), intègre une logique macro-sociologique qui est souvent en contradiction avec les croyances micro-sociologiques.

En effet, on entend souvent dire dans les discours des professionnels de santé ce qui leur intéresse c'est comment assurer un service de qualité au patient. D'où le peu d'importance qu'ils accordent aux technologies, croyant que l'outil n'est pas indispensable pour ce travail de qualité. Seulement aujourd'hui, elles semblent devenir incontournables dans la santé même si beaucoup d'établissements et de professionnels peinent à reconnaître ce phénomène. Donc chaque établissement pour exister et pour répondre aux exigences de la modernisation de la santé est contraint de faire face à ce phénomène : Voici un témoignage d'un responsable de gestion technique de la Clinique

« Ce sont des lois qui passent au journal officiel et qui sont nationales et qui nous oblige soit à s'informatiser soit à utiliser certaines fonctionnalités sur la partie on va dire administrative, on doit se conformer à certaines règles qui sont imposées et qui passent au journal officiel et puis des règles aussi imposées par la sécurité sociale. Pour ce qui est de la partie médicale, circuit des médicaments, ça peut être plutôt des règles imposées par l'has (la haute autorité de santé), parfois qu'il passe au journal officiel aussi mais en aucun cas on va avoir des règles et décrets propres à notre établissement, en générale c'est un ensemble d'établissement souvent par rapport aux spécificité des établissements donc aux établissements de santé ou bien des établissement uniquement chirurgicaux, obstétriques, mais c'est national. Après on peut avoir nos propres règles en interne puis qu'on peut

décider d'informatiser pour un point qui n'est pas forcément obligatoire je pense par exemple à la gestion des repas. On impose une informatisation mais effectivement pour des raisons d'organisation, de processus, d'harmonisation entre les établissements, on passe à l'informatisation ».

Donc ces propos viennent confirmer la pensée de certains en Sciences humaines et notamment en sciences de l'information et de la communication (Orlikowski, Callon, Latour et autres) qui défendent l'idée selon laquelle, le domaine de la santé doit être vue comme un ensemble, alliant niveaux micro et macro, où :

« L'unité d'analyse ce sont les relations qui se nouent et se dénouent, les liens qui se tissent entre les entités hétérogènes » (Grosjean, 2009 p 7).

Ainsi en lien avec notre terrain, nous pensons que l'EFS est une organisation qui gère la traçabilité du sang et la promotion de la santé publique (favoriser une campagne de sensibilisation des personnes sur le sens de donner du sang). Donc il est un organe fédérateur national qui mobilise d'autres organisations de santé (hôpitaux, cliniques…), laboratoires de recherche, collectivités territoriales, autour d'une même ambition : donner à la France et aux populations la place de leader au plan médical, dans les domaines du progrès transfusionnel ainsi que dans celui des hautes technologies pour la santé. Ainsi plusieurs projets à caractère collaboratif ont été mis en œuvre avec le soutien financier et administratif des ARS (Agences Régionales de Santé) crées en 2010 en France. Ainsi parmi les projets collaboratifs nous pouvons citer celui de la Clinique Lasgesse qui occupe la première place dans le secteur mutualiste de Bretagne. Nous confirmons ceci par les propos d'un gestionnaire :

« Côté secrétariat médical, La Sagesse a commencé, et on va faire Quimper en fin d'année. Donc on essaye d'avoir une harmonisation des logiciels sur toute la mutualité. Après pour ce qu'on va dire des lobbies au niveau national, c'est plus on va dire par le biais des professionnels de santé, par le biais des pharmaciens, par le biais des médecins où ils peuvent effectivement actionner pour que l'informatisation soit généralisée. Ou par les prestataires informatiques qui aussi interviennent pas mal. Mais cela peut partir des professionnels de santé effectivement. Il suffit que le pharmacien soit, on va dire, assez acti,f au niveau de ses confères »

4.1.2 HM et CURSUS 3 : Ouverture des « Boîtes Noires »

Nous voulons compléter notre étude sur la théorie de l'activité en explorant aussi la théorie de l'acteur réseau de Callon et Latour. La théorie de l'acteur réseau appelé ANT, traitement les artefacts sur le même plan que les humains. Nous allons voir le lien qui existe entre notre étude et la théorie de l'acteur réseau.

Cette section consiste à justifier notre position par rapport à la théorie de la « sociologie de l'acteur réseau » (SAR). Ainsi, nous explorons la pensée de Callon & Latour afin de mieux comprendre les situations de changement qui se déroulent dans notre terrain de recherche.

Selon Latour : *« La société est le résultat toujours provisoire des actions en cours »* (Latour 2006). Dans cet esprit, nous nous arrêterons sur les nouvelles formes d'organisation caractérisées par une forme en réseau. En effet, elles sont en constante mutation et dont les actions dépassent même le cadre. Elles se traduisent par la mise en place des nouvelles techniques de travail qui sont souvent en train de faire. Ces nouvelles techniques de travail, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, ont été rendues possibles par les technologies de l'information et de la communication. Cependant, il est important de souligner en effet, les raisons qui ont conduit à de tels changements organisationnels.

En effet, Latour distingue trois forces extérieures qui sont obnubilées par l'artefact technologique : il s'agit notamment pour lui d'intérêts, d'idéologies, ou de relations sociales de domination et de pouvoir (Latour, 2006, p.268). Nous comprenons par là qu'il existe différentes logiques pour mettre sur pied une technologie dans une organisation. Nous n'allons pas trop développer ces logiques car nous l'avons déjà souligné dans la partie concernant la théorie de la structuration qui concerne le niveau « macro ». Nous allons nous intéresser plutôt ou processus en train de se faire, autrement dit aux processus de constitution.

Ce faisant, nous nous focalisons dans notre thèse sur deux notions fondamentales, qui sont la notion d'action et la notion de réseau. Ces deux notions constituent ce que l'auteur nomme : l'acteur- réseau, car selon lui elles sont deux faces qui détiennent une même réalité. Pour eux l'action appartient à priori à un acteur, et elle révèle de la communication participative. Donc être en action révèle de la communication.

4.1.3 L'élargissement du système : tensions et contradictions

Nous abordons dans cette section la façon dont nous considérons le système au-delà du contexte de la mise en place de l'Hôpital Manager. Il s'agit plutôt de voir l'élargissement d'HM aux autres services, notamment au service anesthésie. En effet, HM est un logiciel qui concerne les prescriptions et les soins mais aussi une partie administrative de la clinique. Depuis son installation en 2007, l'outil n'est pas entièrement utilisé par les soignants en l'occurrence les médecins (Chirurgiens). Une partie des médecins continuent toujours à travailler sur le papier et d'autres sur HM. Cette attitude pose des difficultés aux infirmières qui doivent non seulement jongler avec les supports mais également s'adapter aux besoins de chaque médecin. Ce fait qui risque d'entraîner des oublis, soulève des révoltes auprès des infirmières qui considèrent que le système doit être unique pour plus de cohérence au niveau du travail, dans la coordination d'acteurs.

Voici les propos d'une infirmière recueillis :

« Nous ça nous arrange car il y'a des choses qui se font qui ne nous plaisent pas trop et eux ils ont du mal à réaliser ce qui se passe. Donc il faut qu'ils changent quoi. Mais en général ça ne fait jamais de mal, ça permet à chacun de revoir ces pratiques, de voir ce que font les autres et d'uniformiser un petit peu. Parce qu'au niveau des infirmières ce serait plus simple. Parce qu'on a certains médecins ils sont d'accord avec ce que font les autres mais eux ils veulent faire ça. Donc du coup c'est vrai qu'il faut qu'on sache si c'est un tel médecin il faut que ce soit ça, et si c'est un autre médecin, il faut fonctionner autrement, et du coup, il faut mettre les choses au clair, mettre des solutions qui seront pareilles pour tout le monde »

A travers ce témoignage nous soulignons la complexité d'un système d'information dans le domaine clinique qui doit tenir compte de l'activité de chaque composant c'est-à- dire des besoins de chaque utilisateur. Nous constatons également une contradiction primaire (Engestrom) qui concerne le gestionnaire et les professionnels. Elle ne constitue pas la seule contradiction que l'outil soulève, mais il y'a aussi la mise en place d'HM, et nous constatons une « contradiction secondaire » cette fois au niveau de l'activité qui se traduit par des tensions entre les infirmières et les médecins. Cette contradiction secondaire prend forme dans le déroulement de l'activité (Groleau & Mayère, 2009). Ainsi, l'uniformisation des pratiques constitue l'une des raisons de la redéfinition et de l'extension de l'usage de l'Hôpital Manager au sein de la Clinque la Sagesse. En outre, Hôpital Manager à la clinique ne concernait pas

Jusqu'à présent les pratiques anesthésistes. Ce qui fait que les anesthésistes travaillaient toujours avec le papier. Nous pouvons illustrer cela par les propos de la responsable des systèmes d'information :

« Jusqu'aujourd'hui HM c'est la saisie des activités au bloc par les chirurgiens, la gestion administrative du patient c'est-à-dire son entrée, sa sortie, ses mouvements, sa facturation, l'envoi des facture aux caisses, les placements des patients dans leurs lits et là en fait, c'est tout le circuit du médicament c'est-à-dire la prescription du chirurgien ou de l'anesthésiste, la validation pharmaceutique, la dispensation par infirmière et tous les soins. Donc, effectivement les anesthésistes jus qu'à présent en fait ne saisissaient pas dans un logiciel. Donc c'est une révolution pour eux.»
« Le projet va porter sur des élargissements de HM. Donc ce sont des briques supplémentaires. Et effectivement, ces briques là, les médecins anesthésistes typiquement saisissaient sur un papier la prescription, demain il va falloir qu'ils les saisissent sur informatique, ça révolutionne complètement leur façon de faire et donc je pense qu'il y' a une crainte du changement, il y'a une crainte du logiciel, il y'a beaucoup de chose. Donc ça va passer par beaucoup de discours, beaucoup d'échanges, la direction va sans doute se positionner. Là c'est un projet d'envergure et effectivement le logiciel en question amène des questions. On y croie, on essaye de motivé les personnes et de voir avec les prestataires si on ne pourrait pas effectivement changer les paramétrages qu'ils s'y retrouvent mieux quoi. »

Ainsi, nous notons que le logiciel HM regroupe plusieurs activités en un seul système, ce qui est en conformité avec les besoins de rationalisation des pratiques médicales et des organisations de santé dans le contexte de la modernisation de l'hôpital. Nous voyons bien tel que nous l'avons déjà souligné plus haut que les technologies de l'information permettent de concrétiser les phénomènes de rationalisation et de modernisation des organisations de santé.

Cependant cette situation soulève des tensions qui nécessitent de mettre en place des techniques pour faire face et bien gérer le changement.
En effet, à travers les propos de la responsable des systèmes d'information, nous soulignons une réticence au changement par les anesthésistes à travailler avec le système informatique car ils avaient déjà leur façon de faire et qu'ils ne trouvent pas l'utilité d'élargir le système dans leurs pratiques. Cette situation montre que les intensions des modes de gestion, et la

pratique professionnelle, ne sont pas compatibles parfois, soulevant ainsi une contradiction que nous considérons comme étant une « contradiction primaire ».
Or, selon Engeström, la contradiction primaire est latente et impossible à résoudre (Groleau et Mayère 2009). Nous ne pouvons pas affirmer le contraire car à ce stade, nous considérons qu'il est prématuré de dire qu'il est impossible de résoudre la contradiction entre les anesthésistes et les administrateurs (direction, gestionnaires, prestataires etc.).

Cependant ce que nous révèle notre terrain est la façon dont les acteurs, plus précisément les acteurs macros, vont procéder pour faire accepter le changement aux anesthésistes. En effet, nous avons compris que ce sont par des échanges entre ces derniers que le changement pourrait se réaliser. Ces échanges reposent non seulement sur des actions de négociations entre les acteurs, mais également sur une médiation entre l'outil et les acteurs concernés (les prestataires et les gestionnaires) afin de mieux orienter l'activité des anesthésistes à travers le logiciel HM. Dans ce sens, nous justifions plus fortement notre positionnement par rapport à la théorie de l'activité selon elle, les outils ou artefacts jouent le rôle de médiation dans l'activité.

4.1.4 L'identité organisationnelle : un lien social entre technologie et utilisateur

L'informatisation de la santé s'inscrit selon nous dans une logique d'innovation organisationnelle qui traverse les frontières de l'organisation elle-même, tout en préservant son identité organisationnelle, culturelle locale, spatiale. Ce terme d'identité est très important dans les problématiques des technologies en santé, et est considéré par les professionnels comme un lien social sur lequel doit s'appuyer tout changement technologique. Ainsi avant de présenter ce lien social dans le domaine de la technologie nous proposons de d'aborder la notion d'identité organisationnelle, qui devient aujourd'hui un enjeu principal des organisations modernes. Ainsi qu'entendons par identité organisationnelle ?
Un des axes de recherches actuels des chercheurs en sciences de l'information et de la communication s'inscrivent dans cet angle de recherche, pour faire ressortir la spécificité de la communication dans l'organisation. Nous comptons l'aborder dans une approche interdisciplinaire.

L'identité organisationnelle est définie par David Oliver et Johan Roos (2006) ainsi :

« L'identité organisationnelle est un cadre important qui influence la créativité organisationnelle- les résultats créatifs d'un système social complexe. L'identité organisationnelle encadre la façon dont les membres d'une organisation sélectionnent et interprètent les problèmes, les émotions et les actions » (p 140)

Nous voyons bien qu'à première vue, ce terme semble être très facile dans sa compréhension, mais la réalité en est autrement. Cette notion peut se révéler plus problématique. Sa conceptualisation selon quatre paradigmes est proposée dans le domaine des sciences sociales Ainsi, la notion d'identité a été abordée de différentes manières selon les paradigmes « fonctionnaliste », « interprétativiste », celui de la vision « post-moderne » et celui d'une conception « socio-constructiviste ».

Selon ces auteurs cités ci-dessus, le fonctionnalisme considère l'identité organisationnelle comme étant : « *quelque chose de tangible, un objet ou un actif* ». Ils poursuivent sur la logique interprétaviste qui perçoit l'identité: « *non pas comme un fait objectif, mais comme une expérience subjective vécue par les membres de l'organisation* ». L'autre aspect de l'identité est celui de la vision post-moderne et toujours selon ces auteurs : *« l'identité organisationnelle est décrite comme des collections accidentelles de formes mises ensemble, à un moment donné, et qui peut être déconstruites »*. La dernière conception de cette notion d « identité organisationnelle » est le fait de la considérer comme *« un collage »* qui change en permanence.

Ainsi dans ces différentes manières de concevoir l'identité organisationnelle nous nous positionnons plutôt dans le sillage de la dernière pensée, qui convient à notre cadre théorique notamment à l'approche socio-constructiviste. Car cette notion de *« collage »* est présente dans les organisations de santé qui se préoccupent des problématiques technologiques.

Se référant à notre terrain, nous pouvons justifier la notion de *« collage »* dans la façon même de faire de la clinique. En effet, depuis 2010 qui marque un tournant de l'évolution de la technologie au sein de la clinique La Sagesse de Rennes, des cartographies qui portent sur les trois dernières années (2010, 2011, 2012) ont été dressées pour définir et montrer l'expansion de l'informatisation au sein de la clinique. Dans cette perspective nous avons remarqué des *« collages souples »* qui se faisaient autour des logiciels existants et qui permettaient d'améliorer le système. Ainsi, successivement, nous pouvons observer et analyser sur les cartographies qu'il a une sorte de collage qui permet non seulement d'identifier le système organisationnel, mais il a permis aussi de réfléchir sur d'autres briques (élargir l'informatisation sur d'autres activités) afin de mieux asseoir la plateforme informatique.

Ainsi donc nous notons un changement en permanence du système technique de la clinique. C'est ce que nous révèle exactement la responsable des SI

« Tout ce qui est rouge c'est le projet de cette année ils seront finalisées. Si on reprend le projet de 2010, en 2010 c'était beaucoup moins, on n'avait pas du tout les briques HM. Donc on n'avait encore Actipidos et là on a plus. Et peut être WINREST va être changé on a des projets au fur et à mesure et cela évolue, et on essaye de figer la cartographie pour voir où est ce qu'on en est »

Nous voyons bien cette démarche de collage qui se fait autour de l'informatisation de la santé. Il s'agit d'une dynamique qui permet d'innover et de tester de nouveaux logiciels, mais également elle permet de faire disparaître d'autres logiciels qui ne conviennent plus aux réalités des activités. Dans ce sens, nous constatons que même si la notion d'informatisation semble être généralisée dans le domaine de la santé, chaque structure possède une identité organisationnelle qui l'aide à se démarquer, dans la mouvance, mais également à s'affirmer de manière interne. Cette affirmation nous permet de souligner une notion très proche de l'identité organisationnelle, qui est celle de la notion d'image, que certains auteurs considèrent comme étant deux notions intrinsèquement liées. Dans les changements technologiques, les acteurs de la clinique ne se fondent pas sur une vision de l'externe pour procéder à un changement, mais plutôt sur la culture interne, et donc sur l'identité organisationnelle. Dans ce sens nous pourrions peut-être avancer l'idée selon laquelle la notion d'identité organisationnelle, et celle de la culture organisationnelle sont similaires et sont inséparables. En effet, les acteurs semblent plus motivés quand le changement technologique devient un phénomène qui est lié à leur identité, c'est-à dire ce qui relève de la vision des membres au sujet de leur propre organisation ou d'une expérience individuelle au sein des organisations (Oliver Roos 2006). Ainsi, nous définissons le changement comme un lien social qui vient faciliter la compréhension et le sens même d'une technologie dans une organisation et pour son futur utilisateur. Voici quelques éclairages :

« Parfois il nous arrive d'informatiser plus vite que la loi. Alors la Sagesse a souvent été précurseur en fait dans l'informatisation. Cela permet de prendre de l'avance et puis ça permet aussi de guider un peu les autres établissements. Donc c'est vrai que il y a des parties de l'activité comme la restauration qui n'a aucune loi pour l'informatisation mais de plus en plus on demande de la traçabilité sur la viande, on demande de la traçabilité sur les repas, sur le suivi nutritionnel des patients en cancéro etc., ça fait que, nous étant informatisé donc on a déjà les outils pour fournir on va dire tous ces éléments là. Et puis dans le domaine de la

santé on a de plus en plus besoin de transmettre des informations, de tracer etc, et sans informatique c'est très difficile de tracer ».

Malgré l'importance de nombreuses lois autour de la réforme hospitalière, chaque organisation s'appuie sur ses besoins pour améliorer son travail. Ainsi l'amélioration suppose qu'il existe déjà un système existant qu'il faut réformer. C'est le cas ici avec la restauration qui ne rentre pas dans la logique de l'informatisation, mais les attentes sur la traçabilité des aliments s'avèrent préoccupantes pour la clinique. Dès lors, la clinique reste dans une démarche d'anticipation par rapport à la réglementation. Ceci justifie, tel que nous l'avons déjà souligné. Le développement d'un lien social entre les différents acteurs ou artefacts qui s'activent autour de ce phénomène de changement technologique. Un tel lien social repose toujours sur la conservation de valeurs identitaires et culturelles. Donc l'identité organisationnelle peut être considérée alors comme un repère dans la création d'un lien social, entre la réglementation et l'utilisateur, et elle suscite l'augmentation de la créativité de l'organisation tel qu'il est souligné dans ces mots :

« Cette approche de l'identité organisationnelle inclut donc un nombre de considérations additionnelles, au-delà des descriptions purement textuelles » (Oliver Roos 2006 p 141). Donc au-delà des textes, des lois des décrets, les acteurs de la clinique restent dans une logique d'intelligence collective pour décider de leur changement technologique dans les pratiques.

L'intelligence collective s'inscrit ainsi également dans la problématique de l'identité organisationnelle. Ces auteurs (cités ci-dessus) préfèrent le terme d' « intelligences multiples » qu'ils définissent ainsi :

« Tous les individus possèdent un large ensemble de capacités ou « intelligences multiples ». Des capacités inter-et intrapersonnelles qu'ils utilisent pour comprendre le monde » Nous pensons dans ce sens que ce concept d' « intelligences multiples » est un prolongement de l'identité organisationnelle et s'intéresse à la fois à la dimension interne et externe d'un phénomène. Donc au delà d'une identité très sectaire qui concerne une structure, ces auteurs explorent la notion d'identité ainsi :

« Au-delà de l'abondante littérature fondée sur des identités uniques. D'autres chercheurs considèrent l'identité organisationnelle comme multicouche, ou attachée à des catégories démographiques sociales formelles ou informelles, c'est –à-dire nichées ou transversales. Tout ceci conduit à envisager l'étude de l'identité comme autre chose qu'un concept réifié et durable ». (Roos 2006, p.142).

Ainsi donc tous ces concepts qui définissent l'identité en organisation sont des construits de l'humain et sont changeants. Nous avons vu à travers notre enquête, que la Clinique de La Sagesse incarne une intelligence collective ou des intelligences multiples, qui ont aussi une intelligence des valeurs. Elle appuie sur des valeurs à réfléchir, à connaître et à partager, dans la mise en œuvre de son informatisation.

Ainsi, nous nous interrogeons sur la manière dont les organisations santé performantes améliorent leurs compétences individuelles et collectives, dans le domaine des technologies à partir de leurs besoins d'apprentissage.

4. 2 Une redéfinition de la performance technologique: l'apport de l'approche « technologie en pratique» d'Orlikowski

La réflexion sur le phénomène technologique dans les organisations a connu un renouveau remarqué dans les dix dernières années à la suite de la contribution de certains auteurs, en communication notamment. Orlikowski fut à cet égard, l'une des plus fécondes analystes de ces nouvelles formes d'organisations qui se définissent autour de la technologie. Partons donc de ses éléments, de ses définitions, pour voir s'ils éclairent notre compréhension de la technologie dans les organisations.

Ce que nous retenons des travaux d'Orlikowski, réside dans le fait que ce qui compte pour évaluer l'efficacité et la performance d'une technologie n'est pas l'artefact technologique, mais la technologie en pratique (Orlikowski, 2000). De plus les conséquences pratiques que l'on pourrait retenir des travaux d'Orlikowski, reposent sur le fait que, dès le début il faut travailler ensemble avec les gens qui utilisent la technologie, les impliquer, les associer à la conception du système, les observer dans leur milieu naturel de travail. La technologie en pratique repose sur l'idéologie des utilisateurs.

Si l'on applique cette grille de lecture « technologie en pratique », on constate effectivement que toute la logique de ce phénomène repose sur une dimension communicationnelle et donc sociale, qui découle d'une prémisse fondamentale, celle de la *performativité*. La performativité, est l'idée qui sert à justifier la légitimité d'une implantation technologique dans une organisation, et à régir l'ensemble de la vie individuelle et collective de celle-ci.

L'idée consiste à affirmer que la performance technologique repose sur la technologie elle-même. Cette conception de la performativité réifie la technologie, qui devient alors : « artefact technologique » (Orlikowski, 2000). (Orlikowski, 1992) a défini la technologie comme une construction sociale : objet social et artefact matériel. C'est une pensée qui

accepte la dimension sociale de la technologie comme indissociable de la dimension technique. Ainsi pour les auteurs en communication, ce dualisme devrait être dépassé. En ce sens, nous suggérons que l'idée de « dépasser » est très proche de celle de « performer ».

Ainsi, pour mieux appréhender les processus d'émergence des propriétés structurelles, Orlikowski, tente de dépasser la phase de l'appropriation de la technologie afin d'étudier la mise en action de la technologie dans les pratiques : c'est ce qu'elle nomme la phase d'énaction. Celle-ci est définie comme étant quelque chose qui va émerger de l'usage.

Dans cette phase d'énaction, Orlikowski décrit trois formes d'énactions :

- **Forme 1** L' « inertie » : Les outils existants ne bouleversent pas les pratiques de travail quotidien. Il n'y a pas d'usage particulier mis en avant.
- **Forme 2** L' « application » c'est le début de reconfiguration, une volonté d'améliorer les pratiques courantes.
- **Forme 3** Le « changement » implique une évolution des pratiques de travail.

L'apport de ces trois formes en ce qui concerne notre étude sur la notion de performance dans les soins, tient dans ce qu'elles mettent un avant un concept central qui est l'action. C'est l'acteur qui contrôle et oriente ces actions. Ainsi, nous repérons un processus de changement organisationnel qui éclaire sur l'idée de dépasser une situation, pour mettre en place un système performant. Ces trois formes d'énactions, nous les confrontons à une question que nous nous sommes déjà posée : doit-on se dépasser pour avancer ? Nous aborderons en trois temps cette question de la technologie en pratique, toujours en lien avec notre étude empirique de l'outil HM. D'abord en le croisant avec les trois formes d'énaction d'Orlikowski, puis dans une perspective critique d'analyse managériale, et dans une perspective prospective.

4.2.1 Hôpital Manager : les trois formes d'énaction d'Orlikowski

Notre étude souhaite clarifier, grâce à la grille d'analyse « technologie en pratique » d'Orlikowski la performativité du cas d'application d'Hôpital Manager. HM est un logiciel qui est fait par la société Softway Médical. Il permet de prendre en charge le patient dès qu'il arrive à la clinique. C'est-à-dire quand le patient arrive au bureau d'accueil, il va se présenter avec sa carte vitale et on va créer son dossier administratif, celui-ci va « partir », informatiquement parlant, vers les médecins et les soignants qui vont l'alimenter jusqu'à sa sortie du patient. Côté administratif, il va être alimenté par les prestations hôtelières, lits, télévisions. Il va se représenter au bureau des sorties pour la facturation de son dossier en

fonction de tout ce qui s'est passé, il va payer une partie et son dossier est envoyé à la sécurité sociale. C'est donc un logiciel qui concerne désormais à la fois la facturation, l'administratif et le médical. Depuis 2007, ce logiciel ne concernait que la partie administrative et une partie des soins des infirmières. C'est le 29 août 2011 qu'a eu lieu l'élargissement d'HM dans les prescriptions chirurgicales et anesthésistes. Un changement qui va dans le sens de la rationalisation des soins cliniques et administratifs et que nous cherchons à saisir dans ses dimensions d'application aux activités, pas toujours très aisées.

4.2.2 Première forme d'énaction : l'inertie

Nous avons déjà évoqué que HM a été mis en place depuis 2007 pour la partie administrative. Le côté clinique était tracé dans le logiciel Actipidos, qui avait été mis en place en 2003/2004. Le fait d'être sur un logiciel informatique depuis plusieurs années a permis un passage dans HM plus facile. Cette situation n'a pas eu de bouleversements sur des pratiques car ces activités ont été toujours réalisées sur Actipidos. HM n'est qu'un prolongement de ce système déjà existant dans ces activités une sorte d' « inertie » des utilisateurs est à noter aujourd'hui, au sens où Orlikowski lui, la définit dans ses trois formes repérées d'énaction . L'inertie face à cet outil s'explique par le fait que les acteurs maintiennent les mêmes mécanismes de coordination avant et après la mise en action de l'outil (Godé-Sanchez, 2007).
Voici l'avis d'une infirmière :
« Je pense qu'on est passé sur HM sur tout ce qui est système d'entrées et de sorties, les régulations des lits, des mouvements des lits, et du coup pour un seul système ils sont partis sur HM. Ce n'est pas encore rationalisé ici dans les services parce qu'on a plusieurs supports, les dossiers papiers, l'informatique alors que je pense que pour une prise en charge plus efficace du patient la rationalisation est indispensable ».

Ce témoignage nous éclaire sur la signification et le sens de la technologie, perçus comme une vérité dans le phénomène de rationalisation, On est face à un énoncé qui est un constat de façon très affirmative réalité. Sur le plan du langage, cette phase d'implantation d'HM, repose sur des énoncés constatifs qui expliquent les motivations des acteurs envers la rationalisation. En effet, dire que la « rationalisation est indispensable » est un acte locutoire qui veut répondre à des conditions de vérité de ce phénomène.
Nous avons tantôt évoqué que la notion de performance est souvent une injonction qui se fait dans les organisations. Nous ne pouvons pas parlé dans cette situation d'inertie d'une

performance technologique car jusqu'à présent il existe l'utilisation de plusieurs supports. En ce sens peut-on percevoir la performance technologique comme une injonction ?

4.2.3 Analyse socio langagière : l'application une deuxième forme d'énaction

Nous venons de montrer dans les lignes précédentes que l'injonction technologique autour de l'outil HM, traduit une situation d'inertie. Allons voir maintenant la phase qui porte sur l'élargissement d'HM dans les prescriptions des soins médicaux de la clinique. En effet, depuis août 2011 il y a eu la mise en place de ce logiciel dans les prescriptions des médecins anesthésistes et chirurgiens, qui avant faisaient les prescriptions soit par voie orale ou téléphonique, soit sur papier. Cette démarche était très contestée par les infirmières qui pour des raisons de protection de leur travail et des mesures de traçabilité, demandent la mise en place d'un logiciel de prescriptions de soins.

C'est ce que nous confirme une infirmière :
« Les prescriptions avant étaient écrites sur un papier, ils nous l'écrivaient devant nous, soit ils nous le disent par oral là vous faites tel soin à telle personne soit il écrit L'oral on n'est pas couvert. Dans la prescription orale il y'a pas de preuves. Et nous nous voulons que ça soit tracé. Maintenant ça devient plus systématique qu'avant. Ce qui est amené maintenant à être fait c'est que l'infirmière n'est pas obligée de retranscrire les prescriptions des médecins. L'anesthésiste prescrivait sur une feuille, le traitement administré nous on recopie à côté. Nous on faisait la transcription sur un autre papier et à partir du moment où y'avait plusieurs transcriptions c'était une source d'erreurs ».
Les infirmières soutenues par la tutelle ont obtenu satisfaction à leur revendication. C'est ainsi, que l'application d'HM dans les prescriptions médicales s'est faite malgré la réticence de certains médecins et anesthésistes, qui s'opposent a ce qu'ils nomment : *« le systématique »*. Dans cette situation d'application (Orlikowski 2000, Godé-Sanchez 2007), nous constatons une reconfiguration du logiciel HM afin d'améliorer la performance des soins.
A travers ce témoignage, nous soulignons deux choses, l'engagement et l'action des infirmières pour la traçabilité des prescriptions. De fait dans une perspective d'analyse sociolangagiére, nous apportons des éclaircissements ce que nous décrit Austin, qui est l'acte illocutoire. Dans notre travail, l'acte illocutoire n'est pas une conséquence de l'acte locutoire, mais nous le considérons comme un acte qui émerge du discours médico-intégratif c'est- dire l'action des infirmières. Ceci est en lien avec le contexte et est aussi « une formule

performative » (Austin 1970, p115). Cette notion de contexte est repris par Orlikowski (1995) et elle suggére que *« the use of computer-mediated communication technologies in organizations can be facilitated by explicit contextualization of those technologies and their use patterns to particular and changing organizational circumstances over time»* (p 423).

Ainsi, prendre en compte le contexte dans les discours qui concernent la technologie s'avère primordial dans l'action des utilisateurs. Ces discours sont des énoncés qui servent à accomplir une action. Nous voyons bien que la valeur du discours médico-intégratif (acte illocutoire) suscite l'engagement des acteurs vers la performance des prescriptions médicales. Ces discours répondent à des conditions de satisfaction des utilisateurs. Il s'agit d'un « usage conventionnel » (Austin1970, p115). C'est ce que notre terrain nous révèle :

« Le réglementaire fait qu'on a plus droit au prescription orale. La législation nous force à utiliser en fait un outil de prescription pour répondre à un cahier des charges qui est très lourd et du coup on est obligé quelque part de l'accepter » Propos recueillis auprès d'un médecin anesthésiste (Cf. annexe 10)

4.2.4 L'évolution d'HM : un engagement vers le changement troisième forme d'énaction ?

Cette section nous permet d'aborder la troisième forme d'énaction développée par Orlikwoski concernant la technologie, qui est celle du changement. Cette situation de changement est définie par l'auteur comme étant la phase d'évolution de la technologie dans les pratiques. Pour l'auteur cette phase ne doit pas concerner uniquement la technologie elle-même, car, dit-elle, la productivité n'est pas dans la technologie mais elle est dans la façon dont on a implanté cette technologie.

Partant de ce constat, nous voulons apporter un éclairage sur l'apport de la théorie des actes de langage sur la performativité. En effet, nous mettons l'accent sur le troisième acte qui concerne l'acte perlocutoire : *« causer quelque chose du fait qu'on agit en disant quelque chose »* autrement dit l'effet qu'un discours à sur quelque chose. Ici, il s'agit de prendre en compte la dimension non verbale, c'est-à-dire les émotions des individus, leurs réactions pour mieux comprendre le changement. Nous considérons que cette dimension non verbale est également constitutive de l'action.

L'acte perlocutoire pour notre étude a été surtout noté dans les discours que nous avons appelés plus haut « discours médico-intégratifs », c'est-à-dire les discours qui émergent des

pratiques et de l'interaction entre les professionnels de santé. Ces discours sont devenus des outils de performance dans le cadre des mutations des pratiques médicales, car ils puisent leurs sources dans les pratiques des utilisateurs et s'adaptent à la réalité culturelle et organisationnelle de l'organisation. La mise en pratique de cet acte perlocutoire est à comparer à une forme de médiation entre actants (Latour 2006) : C'est le premier acte qui démontre en effet l'engagement des acteurs face au logiciel HM.

C'est exactement ce que confirme une infirmière référente :

« C'est l'utilisation de l'outil qui apporte de la performance en l'outil lui-même. Cette utilisation de l'outil se fait par l'engagement des personnes. L'outil a sûrement ces performances mais nous à notre niveau, on les voit pas trop en fait c'est nous qui nous adaptons à lui. Ils ont commencé des développements qui n'ont pas été fini à notre sens c'est-à-dire dire dans le sens d'utilisation. Les raccourcis il y'en a qui existe, mais les raccourcis qu'on a besoin tous les jours n'existent pas. Par exemple nous ce qu'on fait c'est prescrire des soins (une toilette, une pose de perfusion). On est obligé de faire quatre clics pour arriver à cela. Tous les jours quatre clics multipliés par le nombre de patients qu'on a. Eux ça ne semble pas important alors que pour nous c'est vraiment important. Actuellement ce qu'on fait c'est qu'on crée un profil par soignant, infirmier, aide soignant, on lui attribue des droits. Par exemple au moment de l'utilisation, les infirmiers ont le droit de valider des médicaments alors que les aides soignants n'ont pas le droit, les administratifs non plus. Les médecins c'est pareil, ils ont des droits, s'ils sont anesthésistes, gynécologues. Pour que chacun n'aille pas au-delà de ses droits et nous ça nous donne une sécurité aussi ».

Il existe deux points derrière la performance technologique, la fiabilité, et le temps de réponse, et de ce fait la technique est indissociable de la fonctionnalité. Concrètement, nous voyons bien comment les personnes identifient la discontinuité du logiciel et tentent de contourner les difficultés à leur manière pour renforcer la performance du logiciel. C'est que l'on appelle la « mise en situation du logiciel » par les acteurs. Le changement identifié, va être énacté dans les interactions, qui vont donner sens au logiciel et vont permettre d'opérer certaines manières de travailler qui vont se révéler efficaces au final.

Dans cette perspective interactionniste, nous nous inspirons des travaux de Weick (1988) afin de mieux appréhender la notion d'énaction développée précédemment. Il considère que tout changement écologique identifié va être « énacté ».

Nous pouvons appliquer cette pensée du changement à notre cas d'étude : en effet, la gestion du logiciel HM soulève une problématique de gestion et de communication organisationnelle que les acteurs ont très tôt compris.

Toujours dans cette logique de changement qui repose sur des pratiques discursives, nous pouvons citer à ce stade d'autres apports théoriques en communication qui se sont intéressés aux formes de l'organisation et de l'activité conversationnelle : ceux de l'Ecole de Montréal, notamment Taylor et Van Every (2000), Gramaccia (2001). Leur analyse en organisation ne repose pas uniquement sur les discours, mais également sur des textes tacites qui jouent selon eux sur le bon déroulement du changement organisationnel. Des textes qui émergent des membres de l'organisation qui, dans l'interaction, définissent leurs conditions de travail dans des situations spécifiques. Il convient alors selon eux d'asseoir le changement sur deux modalités : texte, conversation, parole, faisant ainsi de l'organisation une communauté discursive. Ainsi, Taylor et Van Evrey précisent : *« Une organisation est une communauté discursive créée par ses membres et opérant selon deux modalités : la conversation et le texte »* (Taylor, Van Every, 2000).

Ceci est confirmé par la responsable du Système d'Information :
« Travailler avec ce groupe avant de mettre en place l'outil c'est ce qu'on appelle définir un cahier des charges et donc avec le groupe en fait on définit les besoins fonctionnels de cet outil. Est-ce que c'est un remplacement, est ce que c'est un nouveau outil, qu'est ce qu'on attend de cet outil ? Quelles sont les contraintes autour de cet outil ? Est-ce qu'on a des minimums requis ? »

« Donc c'est une façon d'établir la conversation avec eux. Dès fois c'est complètement informel dans le sens où, on se croise à la cafétéria, ou mon bureau est ouvert, ou s'il y a un médecin qui passe, il va s'arrêter, on va discuter sur un sujet, puis au final je retiens les idées ».

Le choix du logiciel repose nous le comprenons sur deux éléments fondamentaux : le cahier des charges et l'analyse fonctionnelle. (Cf. annexe 10) Nous notons l'existence de formes de médiations entre les humains et les non-humains. Il s'agit ainsi d'un changement technologique qui est pensée en lien avec de l'interaction, c'est-à-dire en liant relation et contexte (Giordano, 1994).
La notion des cahiers des charges (texte) celle d'analyse fonctionnelle (conversation).sont présentées dans la même veine théorique, par Vasquez et Marroquin, (2008) La conversation est décrite par elles comme un lieu de parole où se construisent en même temps l'organisation

et le changement (Gramaccia, 2001). Elle fait appel à l'action qui remodèle le logiciel dans les interactions (Taylor, 2009).

Dans le changement organisationnel qui concerne HM, nous relevons qu'il repose sur des modalités de communication pour ce construire. Celles-ci sont au cœur des organisations car elles coordonnent les actions, les points de vue, et les connaissances (Taylor & Van Every 2000). Dans notre étude au cœur de l'organisation, on remarque que les médecins anesthésistes et chirurgiens redeviennent des interlocuteurs légitimes, ils sont tous dans un devoir d'engagement et de co-responsabilité, et ils considèrent le « discours de réalité » comme absolument justifié.

Chapitre 5 Changements organisationnels et processus

5. 1 Hémovigilance: un dispositif de normalisation

Notre étude sur la notion de norme nous révèle qu'il n'existe pas de consensus quant à la définition de ce terme. Ainsi la norme est définie selon Homans comme étant :
« Un énoncé spécifiant le comportement précis qu'un ou certains individus doivent avoir dans des circonstances données- ce comportement est attendu en premier lieu par la personne qui émet la norme. Ce que j'attends de toi est ce que tu devrais faire. » (Renaud et Dubé, 2007).

Dans ce même esprit, Finnemore et Sikkink définissent une norme comme :
« Un standard relatif à un comportement approprié devant être adopté par des sous-groupes d'individus ayant une identité propre ; ce standard comprend une certaine obligation ainsi qu'une appréciation morale commune » (Renaud et Dubé, 2007).

Ce sont sur ces deux définitions que nous nous focaliserons pour mieux comprendre le lien entre notre objet d'étude et la notion de norme. Dans une entrevue avec la responsable des systèmes d'information de la Clinique, nous avons été informés du fait que la régulation de ce nouveau dispositif CURSUS 3 allait reposer sur la norme AFNOR, tel qu'elle le souligne dans ces propos :
« Afnor c'est une norme qui nous a été imposée par l'EFS. Et après il faut qu'on trouve un prestataire qui connaît cette norme, qui puisse permettre d'échanger avec l'établissement ».

Ainsi, nous considérons cette norme Afnor comme une norme régulatrice et contraignante. Il convient dès lors de s'interroger sur la notion même de régulation dans le domaine de la santé. La régulation, mais comment et pourquoi ? De quelle régulation parle-t-on dans le domaine de santé en ce qui concerne les technologies, et surtout, par qui ? Car aujourd'hui, les liens entre régulateurs et régulés sont limités. Et dans ces conditions, parler de normes régulatrices relève d'une vision réductrice de la norme elle-même. Car il faut se poser une question principale : comment peut-on importer une norme sans que celle-ci ne soit adaptée à la réalité d'une telle situation en cours ou déjà en place ? Ainsi donc, nous voyons que réguler ne signifie pas traduire une réalité si l'on accepte que traduire pourrait signifier trahir. Nous y reviendrons plus longuement dans les lignes suivantes.

Par ailleurs, contrairement aux normes régulatrices, Finnemore et Sikkink nous parlent également des « normes constitutives », qui sont décrites comme étant des normes qui *« Contribuent à la formation de l'identité ou des intérêts à la base des comportements des individus ; elles reflètent un ou des comportements adoptés par un groupe spécifique »* (Renaud et Dubé, 2007).

Dans cette section nous allons mieux définir et étudier la notion de norme qui nous semble pertinent à mettre en avant pour la compréhension d'un changement technologique et organisationnel aujourd'hui.

Selon le dictionnaire Larousse de sociologie : *Une norme c'est : indissociable d'un ordre de valeurs qui dans chaque société oriente les comportements des acteurs et des groupes, les normes sont des règles qui régissent les conduites individuelles et collectives*. Exemple : indice de masse corporelle par groupe d'âge.

- Quels types de normes peuvent être identifiés ? En voici quelques unes
    - Les normes sociales, coutumières (mœurs, manières, dans un code moral)
    - Les normes diététiques et alimentaires (ex : Guide alimentaire Français)
    - Les normes comportementales (ex : recommandation de 30 min par jour d'exercice)
    - Les normes économiques (régulation des produits sur le marché)
    - Les normes sanitaires (propreté des lieux, durée de la conservation des aliments, ex : restauration)
    - Les normes politiques (qui s'inscrivent dans un cadre juridique)

Le concept d'hémovigilance mis en place dans le processus de changement organisationnel et technologique au sein de la clinique La Sagesse peut être analysé comme étant un dispositif, qui vient donner forme à la communication elle-même. Mais la communication n'est pas suffisante dans les stratégies de changement technologique. Il faut aussi complémenter les communications avec des règles, des normes.

Comme nous l'avons déjà souligné beaucoup plus haut, le logiciel « CURSUS 3 » a été mis en place à la Clinique la Sagesse de Rennes à la demande de l'Etablissement Français du Sang (EFS). L'objet est de mieux assurer la traçabilité du sang entre la clinique et l'EFS. Ce qui fait que la Clinique est en lien direct avec l'EFS. Cette nouvelle technique de travail révèle le caractère innovant du projet, tel que le souligne la responsable des systèmes d'information de la Clinique :

« L'innovation dans ce projet c'est qu'on va être en lien direct avec l'EFS. Il n'y aura aucune ressaisie, donc l'EFS nous envoie des poches de sang et la clinique renvoie la traçabilité directement à l'EFS. En fait on est en lien direct. On est en interface directe, en aller retour avec l'EFS ; donc en temps réel, ils ont l'information des personnes qui sont transfusées et de tous les incidents liés aux poches de sang »

Ce témoignage souligne une volonté d'optimiser le dispositif de normalisation qui est associé à la traçabilité du sang à travers CURSUS 3. La traçabilité dans les soins cliniques reste de plus en plus au centre des dispositifs technologiques et il nous semble important de souligner cette logique afin de suivre l'évolution du support technologique dans les pratiques de santé par rapport à celle du support papier. En France, le support de l'information est indifférent, et tout moyen de preuve est admis depuis la réforme issue de la loi du 13 mars 2000.

Ainsi, l'article 1316-1 du code civil dispose que « *l'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité* ». Il s'agit d'une preuve ayant la même force qu'un écrit, comme le prévoit l'article 1316-3 selon lequel « *l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier* ».

Nous constatons que les choses ont changé, et que l'acte de reconnaissance d'une trace médicale se fait de plus en plus à travers un support électronique et non du papier. Cette logique tend à contrer la loi. Elle semble également être la solution principale pour garantir la traçabilité de l'activité d'un professionnel de santé. Les acteurs en général qui considèrent que : *« La traçabilité de l'activité de l'infirmière est capitale pour le patient, mais également pour l'infirmière elle-même. Il est nécessaire que l'on puisse retrouver la trace de chaque observation, de chaque acte, même banal ou quotidien ».*

Les mesures de traçabilité prises dans la santé découlent des conséquences liées aux problèmes de sécurité et de qualité des soins qui se posent dans les organisations de santé. (Cf. annexe 11) Dans cette perspective, la traçabilité vise cinq objectifs principaux :

- protéger les patients,
- protéger les acteurs de la santé,
- améliorer la qualité des soins,
- améliorer le contrôle des soins,
- faciliter la recherche d'informations.

Dans ce sens, ce qui est nécessaire d'étudier ne réside pas dans le support de travail utilisé mais plutôt dans l'étude du potentiel du support, et voir s'il respecte ces principes de traçabilité et si les normes produites sont acceptables. Autrement dit comment les logiciels de traçabilité parviennent –ils à gérer la protection des personnes et l'amélioration des soins ? Comment parvient-t-on à assumer tout cela dans un logiciel dont les préoccupations principales dans le milieu ont été vues comme étant un gain de temps énorme, qui rentre dans les critères de la rationalisation des soins, et qui va dans le sens d'une logique économique (Bonneville, Grosjean 2007) ?

Selon certains auteurs en Sciences Humaines et Sociales et plus spécifiquement les auteurs en communication organisationnelle, comme ceux que nous venons de citer ci-dessus, pour mener à bien il faut prendre en compte toutes les dimensions (économiques, politiques, techniques, communicationnelles…). Cependant nous constatons sur le terrain que, dans le domaine de la santé, cela est plus difficile à faire que dans d'autres organisations, car les institutions de santé sont caractérisées par un cloisonnement des services et que l'institution repose sur une culture paternaliste. Cette logique paternaliste est également incarnée par les acteurs de santé, donc touche les composantes même de la structure. Ainsi dans le domaine de la santé publique, les statistiques démontrent que les professionnels de la santé passent de moins en moins de temps avec leurs patients en raison de la bureaucratie qui entoure le métier.

Notre objectif est de montrer, à travers le cadre de cette étude à La Sagesse, qu'il est possible de concilier les objectifs d'innovation et les objectifs de communication afin de mieux dérouler le projet technologique.

Pour ce faire, nous allons présenter un logiciel dont nous avons eu la chance de suivre l'implantation et l'évolution dans les pratiques professionnelles de la Clinique La Sagesse. Ainsi, cette étude est donc le résultat d'une rencontre entre la préoccupation concrète de la clinique de la Sagesse de Rennes de mettre en place un logiciel qui assurerait la traçabilité du sang. Cette préoccupation va dans le sens des attentes de l'Etablissement Français du sang (EFS).

En effet, suite à la crise sanitaire et avec elle l'émergence du sang contaminé dans les années 80, l'EFS se donne comme principal but de réglementer les transfusions sanguines dans les milieux sanitaires en France. Ainsi, la clinique Sagesse, à l'instar des autres établissements de santé français, tente de se conformer et de respecter cette réglementation. Cela exige de mettre en place des projets portant sur les

systèmes d'information. C'est ainsi que depuis l'autonome 2010, sur les conseils de l'EFS, la clinique Sagesse lance un projet de mise en place d'un logiciel de traçabilité du sang. L'idée consiste à travailler main dans la main dans la gestion de la traçabilité et la sécurité.

C'est donc seulement un procédé de méthode, et les deux établissements s'engagent en commun dans la traçabilité du sang. Un travail à distance devient possible, grâce aux technologies, qui nous renvoie à la pensée de Simmel:

« Le fait que les individus sont à côté les uns des autres, par conséquent extérieurs les uns aux autres, n'empêche pas l'unité sociale de se constituer; l'union spirituelle des hommes triomphe de leur séparation spatiale… Chez les êtres que l'espace sépare, l'unité résulte des actions et des réactions qu'ils échangent entre eux; car l'unité d'un tout complexe ne signifie rien autre chose que la cohésion des éléments, et cette cohésion ne peut être obtenue que par le concours mutuel des forces en présence » (1896-1897).

Dans notre terrain, nous avons noté cette unité non pas dans l'outil qui assure ce travail, mais dans l'action des établissements très soucieux de mettre en place un nouveau dispositif normatif dans la conduite de ce changement organisationnel.

Il est important de comprendre les formes spécifiques par lesquelles les deux organisations EFS et La Sagesse, en tant que telles, collaborent, se maintiennent dans leur préoccupation. Par organisation, nous n'entendons pas seulement l'ensemble complexe des individus et des groupes unis dans une même communauté politique. Mais plutôt une organisation où il y a reconnaissance des engagements mutuels. Dans ce sens, elle reste un lieu de parole où le membre ou les membres s'échangent continuellement dans leurs actions. Cette définition de l'organisation est très adaptée à la notion de société telle que définie par Simmel:

« Je vois une société partout où des hommes se trouvent en réciprocité d'action et constituent une unité permanente ou passagère. Or, dans chacune de ces unions se produit un phénomène qui caractérise également la vie individuelle; à chaque instant, des forces perturbatrices, externes ou non, s'attaquent ait groupement, et, s'il était livré à leur seule action, elles ne tarderaient pas à le dissoudre, c'est-à-dire à en transférer les éléments dans des groupements étrangers. Mais à ces causes de destruction s'opposent des forces conservatrices qui maintiennent ensemble ces éléments, assurent leur cohésion, et par là garantissent l'unité du tout jusqu'au moment où, comme toutes les choses terrestres, ils s'abandonnent aux puissances dissolvantes qui les assiègent». (1896-1897).

Nous transposons cette pensée dans notre cas d'étude qui concerne CURSUS 3. Même si l'idée de mettre en place un logiciel est du ressort de l'Etablissement Français du Sang, le choix devrait être fait par la Clinique. Le choix du logiciel n'était pas facile car il fallait qu'il assure une traçabilité à 100%.

C’est ainsi que la Clinique est arrivée au choix de CURSUS 3, qui est défini comme étant un logiciel d’Hémovigilance (Hémo qui signifie sang) servant à la traçabilité et à la sécurité du sang.
L’organisation est une chose unique, un complexe d'actions et de réactions échangées entre les derniers éléments et un organisme. C’est toujours dans ce cadre que Simmel défend l’idée selon laquelle :

« Chez les êtres que l'espace sépare, l'unité résulte des actions et des réactions qu'ils échangent entre eux; car l'unité d'un tout complexe ne signifie rien autre chose que la cohésion des éléments, et cette cohésion ne peut être obtenue que par le concours mutuel des forces en présence. Mais pour un tout composé d'éléments qui sont séparés par le temps, l'unité ne peut être réalisée de cette manière, parce qu'il n'y a pas entre eux de réciprocité d'action » (1896-1897).
Dans ce contexte, nous considérons qu’il est important de saisir comment s’est déroulé le processus de mise en place de ce logiciel. Ainsi, nous discuterons sur les enjeux communicationnels de l’implantation du logiciel CURSUS 3 dans cet établissement de santé.
Il s’agit de montrer, dans cette situation de changement organisationnel, comment la communication, en amont du projet, vient structurer les normes et les règles. Nous considérons en effet que notre travail peut apporter quelque chose aux travaux en SIC dans ce domaine, à l’intérieur duquel peu de recherches empiriques ont finalement été conduites.
Nous souhaitons aborder, à partir d’un cas EFS/ La Sagesse la dimension communicationnelle qui est présente dans les processus normatifs qui accompagnent les processus de changement, et favorise la coopération des acteurs engagés dans le projet approchant ces deux établissements.
Les processus de rationalisation, s’inscrivent selon nous dans une problématique de changement organisationnel, de circulation d’information ou encore de normalisation des pratiques professionnelles en cours dans notre étude.
Nous analyserons les normes comportementales, qui viennent structurer les normes techniques, que nous assimilons ici à des formes sociales susceptibles d’être modifiées par les personnes, en situation de travail.
La culture organisationnelle nous ensemble très riche pour étudier cette notion de norme en lien avec les formes organisationnelles. Dans notre terrain, nous avons noté un alignement des différents services ou sous-cultures, pour reprendre les termes de Schein (2004). En effet, les services, notamment, le secrétariat de transfusion sanguine, le service de la transfusion nous ont révélé que la décision de mettre en place l’outil CURUS 3 était une décision collégiale et que le personnel a été impliqué en amont du projet pour le choix de ce logiciel. Cette attitude a fait que malgré certaines difficultés et contraintes, les utilisateurs ne se sont pas réticents au

changement et ils espèrent aujourd'hui une meilleure évolution de l'outil dans le temps, afin de mieux assurer la coordination entre les différents niveaux.

D'une part au niveau micro, représenté ici par les services internes tels que le secrétariat de transfusion et le service anesthésiste qui en assure en même temps la transfusion.

Et d'autre part, au niveau macro qui concerne le service informatique et l'Etablissement Français du Sang.
Ainsi, comme Schein, nous considérons ces services comme des sous-cultures qui sont alignées, et qui se parlent grâce à une bonne stratégie de mise en place de l'outil. Donc les deux niveaux sont bien alignés, ce qui a fait le succès de CURSUS 3 mis en place grâce à compréhension mutuelle occasionnant ainsi l'émergence à d'autres outils tels que « l'Hémovigilance », le « forum Hémovigilance », qui en retour donnent sens au logiciel CURSUS 3 dans le projet. Ce dernier a été modelé par les utilisateurs, et a acquis des habilités d'écoute, de partage et de réflexivité par rapport à chaque service. Ainsi, nous croyons comme (Orlikowski 2000) que le processus de mise en place joue un rôle crucial dans l'évolution de la technologie.

Par extension, l'Hémovigilance peut être assimilée au concept d' « *Organizing* » (Weick) qui nous aide à répondre à une question centrale : comment en vient-on à s'organiser ? Ainsi l'Hémovigilance devient alors un processus de construction de sens qui fait que la Clinique doit s'adapter à un changement écologique (la crise du sang contaminé) en centrant ses préoccupations sur une vigilance collective caractéristique d'une organisation fiable. Pour lui, la culture contribue à donner du sens aux actions.

Dans ce sens, l'hémovigilance est une norme qui oriente et dicte les comportements et l'action des acteurs. Cette pensée s'apparente à l'idée des stratégies culturelles décrites par (Mahy 2011). Ainsi, comme elle le souligne :
« Une stratégie culturelle est un ensemble d'orientations qui guident l'action en regroupant et en structurant certaines valeurs pour former des stratégies, des idéologies… Les stratégies culturelles agissent en tant que leviers et que révélateurs des intentions et des représentations des membres de l'organisation en établissant un pont entre les fondements et les manifestations de la culture » (p, 128).

En effet l'hémovigilance n'est pas uniquement une simple stratégie mise en place par le management, mais une stratégie qui puise ses références dans les valeurs partagées de la clinique qui est ici celle de la vigilance collective des acteurs de la santé.
Dans ce contexte, il ne va pas s'agir d'une stratégie dictée par une personne mais celle qui sera définie entre les membres de l'organisation. Il s'avère pour eux de repenser le fondement même de leur activité et de les ancrer dans leurs propres réalités quotidiennes et culturelles. Ainsi, cette notion de stratégie culturelle nous amène à réfléchir sur la notion de culture organisationnelle à même de produire une forme organisationnelle viable.

Mais avant cela nous voudrions apporter juste apporter quelques éléments sur cette problématique de la culture organisationnelle, et m'appuyer d'abord sur les études réalisées par Burker, que nous n'avons pas étudié mais qui a été cité par S. Grosjean dans le cadre d'un séminaire suivi au laboratoire de recherche du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Communication Organisationnelle (Grico). Cette opportunité m'était offerte lors de mon projet de mobilité en 2010 à l'Université d'Ottawa (Cf. annexe 16). Il semble important de clarifier cela si toutefois nous devons citer des auteurs qui ont beaucoup contribué à enrichir des problématiques dans le domaine de la communication organisationnelle, et dont nous n'avons pas pu consulter les travaux. Donc pouvoir assister à ces séminaires, m'a permis d'obtenir quels extraits de ces auteurs. Ainsi, l'extrait que nous voudrons reprendre dans ce travail cité par Grosjean a à voir avec la afin culture organisationnelle : de nombreux articles, ouvrages, séminaires ont souligné, ces dernières années, le rôle que joue la culture pour l'entreprise. Le thème est digne d'intérêt :
« Tout d'abord, la culture d'entreprise peut être un formidable outil pour réduire considérablement la déperdition d'énergie dans le cadre du travail. Ensuite, une culture d'entreprise fournit à son personnel des points de repère dans un monde turbulent et inquiétant, où les institutions perdent de plus en plus de leur crédibilité. Enfin, la culture d'une entreprise est à la base même de sa croissance ». (Burke, 1987: 13)

Ainsi, nous allons essayer de montrer comment les normes interactionnelles sont constitutives de l'organisation, notamment pour les questions de traçabilité et de sécurité. L'organisation est « remodelée » par les normes techniques et régulatrices, à travers les interactions entre les acteurs. Autrement dit, nous considérons ces normes techniques comme des formes sociales, remodelées dans les interactions. La culture (Schein) en tant que métaphore de l'organisation n'est pas homogène mais elle est plutôt fragmentée. Pour Mahy , *« l'absence d'alignement*

des sous-cultures d'une organisation bloque les capacités d'apprentissage et d'innovation de celle-ci » (Mahy 2011, p. 119).

Louis Quéré évoque lui aussi la forme ainsi :

« La forme est la configuration que l'action réciproque suscite ou modifie dans le cadre de son déroulement » (Quéré p. 81). Pour lui, tout phénomène qui paraît constituer au-dessus des individus quelque unité nouvelle et indépendante, se résoudrait dans les actions réciproques échangées par les individus.

L'acte de configuration (forme) dont parle Simmel peut être comparé à notre objet d'étude. Selon Simmel, la forme appartient du domaine de l'objectivité mais ce sont les actions réciproques qui vont la modifier. Nous considérons à cet égard le logiciel CURSUS 3 comme une forme technologique et organisationnelle remodelée dans les interactions. Il est associé à une dimension subjective à une conception susceptible de reconstruire le sens autour de l'outil. C'est exactement ce que Simmel évoque dans ces lignes :

« Toutes les différences que présentent les fins spéciales autour desquelles les sociétés se constituent, se neutraliseront mutuellement, et la forme sociale sera seule à ressortir » (Simmel, 1896-1897).

Simmel élabore le concept de « forme sociale » et s'interroge sur l'objectivité et l'autonomie des formes sociales. Il pense que l'individu est y est au cœur. Le système d'information est un dispositif normatif, une forme stratégique pour approuver le changement. Néanmoins, il est permis d'avancer que l'idée de mettre en place des formes stratégiques est une façon de bien gérer un changement organisationnel, et nous pensons qu'il est utile de rechercher ce qui constitue celles-ci. Autrement dit qu'entend-t-on par formes sociales ? Simmel assimile cette notion comme étant le fait de mettre en avant les individus. Il pense que :

« *Les rapports qui s'établissent entre les hommes sont si complexes qu'il est chimérique de les vouloir ramener à leurs éléments ultimes. Nous devons plutôt les traiter comme des réalités qui se suffisent à elles-mêmes. C'est donc seulement par un procédé de méthode que nous parlons de l'État, du droit, de la mode, etc., comme si c'étaient des êtres indivis. C'est ainsi encore que nous parlons de la vie comme d'une chose unique, tout en admettant qu'elle se réduit à un complexe d'actions et de réactions physico-chimiques échangées entre les derniers éléments de l'organisme ».*

Ainsi, comme Simmel nous pensons que la technologie se fonde sur des formes stratégiques qui sont également des procédés sociaux, des formes qui circulent

Toujours dans l'axe de la culture, les auteurs précités (Simmel, Quére, Burke, Mahy, Shein) éclairent sur le fait qu'il est plus facile de gérer un changement organisationnel en s'appuyant sur les réalités culturelles de la structure. Autrement dit, les normes sont plus faciles à instaurer quand elles respectent les valeurs de l'organisation. C'est ce que met en lumière Simmel dans ses concepts de sol et de territoire :

« *Le facteur dont l'idée se présente le plus immédiatement à l'esprit pour rendre compte de la continuité des êtres collectifs, c'est la permanence du sol sur lequel ils vivent. L'unité, non pas seulement de l'État, mais de la ville et de bien d'autres associations, tient d'abord au territoire qui sert de substrat durable à tous les changements que subit l'effectif de la société* » (Simmel 1896-1897).

C'est également exactement ce que nous révèle le terrain à travers les propos d'une des responsables de la Clinique :

« On a eu un logiciel et que le devis est trop élevé, la direction refuse. Les utilisateurs voulaient l'outil sauf qu'au niveau budget ça ne passe pas. Donc là on cherche. Contrairement avec CURSUS3 qu'on a réussi à l'installer au bout de 6 mois de recherche parce qu'on a trouvé un logiciel qui correspondait aux besoins et là l'obstétrique non, on ne trouve pas et donc ça prendre du temps mais le tout est de trouver un bon logiciel. Donc je prends le temps de trouver un logiciel qui convient à tout le monde.

Moi je vais surtout ne pas imposer les choses. Le logiciel gynoco-obsétri-pédiatrie, ça fait 2 ans qu'on le cherche. On n'a pas trouvé le logiciel, tant pis on va peut-être mettre trois ans mais je préfère le choisir avec les acteurs concernés ».

Un témoignage qui nous éclaire sur la complexité de mener un changement technologique qui doit prendre en compte tous les paramètres. Dans le cas qui concerne CURSUS 3, les dispositifs mis en place comme la notion d'hémovigilance qui répond aux attentes des utilisateurs ont favorisé très facilement le changement.

Ainsi nous considérons ce dispositif « hémovigilance » comme une norme qui vient redéfinir la technologie en lui attribuant un statut de « forme sociale ».

5.1.1 Norme constitutive de l'organisation

Le concept d' « Hémovigilance » peut être considéré comme étant une norme constitutive. Les acteurs qui décident de travailler avec CURSUS 3, utilisent le terme compris et employé par tous les soignants pour donner sens à ce changement organisationnel.

Dans notre terrain, l'idée de mettre en place un logiciel de traçabilité a été imposée par l'EFS, cependant le choix du logiciel revenait aux acteurs, qui « connaissent » leurs propres pratiques de travail (Orlikowski 2000). Nous pouvons illustrer ceci à travers les propos recueillis sur le terrain, auprès de toujours la responsable des systèmes d'information de la clinique :

« On est resté dans la liste des logiciels préconisés par l'EFS, et après on a rencontré des prestataires. Mais on les a rencontrés avec les référents métiers. Nous avons choisi ensemble, nous avons nos pré-requis d'un point de vue informatique, ils avaient leurs pré-requis par rapport à leurs différents métiers, que ce soient transfuseurs, prescripteurs, ou secrétaires, chacun avait ses pré-requis et chacun à débriefé et nous sommes arrivés aux choix de CURSUS3 qui semble être un choix très unanime et là les premiers retours sont quand même très positifs ».

Nous notons à travers ces propos un changement organisationnel qui émerge des acteurs. En effet, en impliquant tous les acteurs dans la première étape du projet que nous considérons ici comme une étape de la textualisation (Taylor et Van Every, 2000), les acteurs, à travers la négociation, le dialogue et la conversation sont parvenus à se mettre d'accord sur un logiciel. Celui-ci non seulement répond aux attentes de l'EFS sur la notion de traçabilité et de sécurité, mais il est aussi compatible avec leurs pratiques de travail, au-delà même des valeurs de la clinique. Ainsi donc, nous croyons comme Chanal (2000) qui reprendra à son compte Simmel

« Le texte doit intégrer à la fois des éléments stratégiques (les idéaux), et des éléments opérationnels (les règles). Il doit, pour être compris par les acteurs, s'appuyer sur leurs préoccupations actuelles et être formulé avec des mots compréhensible par eux » (p. 32).

Ceci est appuyé par « Simmel à travers ces lignes Sans doute, quand la société, pour se maintenir, n'a besoin que des actions et réactions directement échangées entre individus, il suffit que chaque intelligence particulière donne tout ce qu'elle peut donner. Mais il en va tout autrement quand le groupe doit agir comme unité. Là, c'était d'un mouvement moléculaire, ici, c'est d'un mouvement en masse qu'il s'agit; dans le premier cas, il n'était ni possible ni désirable que les individus se fissent représenter; dans le second, cette représentation devient possible et nécessaire. Quand un groupe étendu veut conduire lui-même et directement ses affaires, il est indispensable que chacun de ses membres comprenne et approuve, dans une certaine mesure, les règles d'action qu'il suit; elles sont donc condamnées à une sorte de trivialité. C'est seulement lorsque les questions sont laissées à une organisation composée d'un nombre restreint de personnes, que le talent peut se donner

carrière. À mettre les choses au mieux, comme les aptitudes spéciales et les compétences ne sont jamais communes qu'à une minorité, quand elles se produisent au sein d'une assemblée un peu vaste, il leur faut conquérir de haute lutte une influence qui leur est accordée sans conteste dans un organe différencié ».

Ainsi, tel Chanal le souligne dans ces lignes, en reprenant Simmel, il faut que chaque membre d'un groupe comprenne et approuve les règles d'action qu'il suit. Si nous mettons cela en lien avec notre terrain, nous voyons bien que les deux établissements tentent chacun de son côté de mettre en avant les règles d'action, c'est-à-dire de donner du sens à la conduite du changement pour une traçabilité du sens.

5.1.2 Norme constitutive de sens et de mobilisation

Nous considérons aussi l'étape dite de « phase d'opérationnalisation du projet », au delà de la « textualisation ». Ainsi tel que nous l'avons signalé, l'appropriation de la technologie repose sur le sens que les utilisateurs accordent à celle-ci.

Dans notre cas d'étude nous avons repéré que le sens qui porte sur le concept Hémovigilance pourrait être considéré comme un outil symbolique ou une métaphore qui permet de comprendre un changement organisationnel. Nous soulignons un autre moyen pour l'unité sociale de s'objectiver est de s'incorporer dans des objets impersonnels qui la symbolisent. Le rôle de ces symboles est considérable quand, outre leur sens figuré, ils possèdent encore une valeur intrinsèque, qui leur permet de servir, en quelque sorte, de centre de repère commun pour les intérêts matériels des individus. En effet, ce concept qui est composé d'un préfixe Hémo qui signifie « sang » et du suffixe « vigilance », devient incontournable dans la mobilisation des acteurs, qui en attestent à travers ces témoignages :

- *« Concept Hémovigilance est la vigilance du sang. Donc on est toujours sur la traçabilité du sang en fait. On est sur le sang (Hémo) et sur une vigilance »*
- *« L'hémovigilance est le nom du forum pour donner sens à ce changement organisationnel. On est autonome sur le choix du nom du forum. L'idée est venue assez naturellement entre nous (le service informatique et les référents métiers), c'est le terme employé ici par les soignants. C'est un terme qui est connu par tous les soignants et on pouvait toucher à tous les soignants, ils allaient le comprendre complètement »*
-

« Là c'est plus le référent Hémovigilance qui tient à cette vigilance, puis qu'effectivement on doit assurer toute la traçabilité et assurer une vigilance qui est nécessaire. C'est ce qui donne sens complètement au changement »

-

« On a une cellule hémovigilance au niveau de la clinique. Une cellule pour laquelle on n'insistait pas du tout au niveau du service informatique. Et on est convié à l'occasion du démarrage pour voir s'il y' a des problématiques informatiques qui pourraient pu être soulevés au dernier moment »

« Hémovigilance : C'est la sécurité, traçabilité du sang et gestion des risques. C'est le sang et on est plus vigilant. Parce qu'on a été sensibiliser dés nos études aussi et il y a aussi, des médecins qui sont quand mêmes là qui sont disponibles s'il y a le moindre souci et c'est vrai, quand même ça aide »

Dans une perspective anthropologique et cognitive, nous voyons bien par ces témoignages que les normes qui « font sens », sont co-construites entre les acteurs, et donnent au final du sens à l'outil et à l'action en organisation. Ces normes ne sont pas dictées et planifiées, elles résultent d'un processus collectif qui se traduit dans les activités quotidiennes. Les normes dictent les comportements mais en retour les individus s'approprient ces normes pour les adapter à une situation donnée. Ce qui va à l'encontre de ce que nous pensons comme vérité dans les organisations : en effet, l'idée de considérer les choses dans leur dimension institutionnelle n'est pas toujours la méthode appropriée pour instaurer une pratique.

« C'est-à-dire quand la vie sociale se trouve être intimement liée à celle d'un individu, directeur et dominateur du groupe, des institutions très spéciales sont indispensables pour qu'il puisse se maintenir Simmel (1896-1897).

Pour Simmel un tel procédé représente un danger dans la façon de concevoir les choses. Il récuse toute instrumentalisation de la norme qui reposerait sur des actions planifiées, prédéfinies. Simmel veut éclairer ce qui pourrait être un frein au développement des connaissances des normes dans les organisations. D'autres auteurs notamment Wisner accordent une importance particulière aux travaux de l'anthropologie cognitive, tel que Hutchins :

« Il importe de pouvoir analyser plus finement dit-il la manière dont les connaissances des acteurs des changements techniques se construisent et se transforment dans l'action et en

situation autour et via l'objet technique transféré ou nouvellement conçu. Il s'agit alors moins d'adopter une posture habituelle en anthropologie qui consiste à s'intéresser aux connaissances en ce qu'elles ont de propre à une culture donnée que de travailler sur la construction des connaissances en situation, dans l'action individuelle ou collective » (Wisner, 2002).

Nous apprenons à travers ces lignes que la connaissance ne se résume pas à la culture, Wisner n'accorde pas d'importance à la dimension culturelle. Pour lui il s'agit de d'observer les processus de construction de la connaissance, qui émergent de l'interaction entre les individus. Cette conception, nous l'avons noté dans notre cas d'étude, renvoie à deux notions principales qui sont au cœur de l'activité des acteurs de notre terrain : il s'agit de la traçabilité et de la sécurité, que nous étudions comme étant des normes sociales qui reposent sur les connaissances des acteurs, et non pas sur la technologie « tout court » comme le pense le management (Cf. annexe 12).

5.1.3 Traçabilité et sécurité : normes sociales co-construites

« La culture recouvre l'ensemble des manières de penser, de sentir et d'agir communes à un groupe ou à une société. Elle contribue à définir l'identité sociale et personnelle des individus appartenant à un groupe. Elle inclut des valeurs et des normes, des symboles et des modèles de comportement. Elle constitue un filtre entre l'individu et l'environnement social. C'est par le biais de la culture que chacun d'entre nous perçoit, comprend et nomme les événements qui l'influencent et orientent ses actions » (Lacourse, 1998, p. 199).

Cette définition nous interpelle sur le poids de la culture qui influe sur ce qui dessine le fondement même d'une organisation, à savoir les valeurs, les normes, les symboles entre autres, tel qu'il est évoqué par le dictionnaire Larousse. Toutefois, cette définition ,bien qu'elle semble pertinente et semble être un modèle pour définir la culture, comparée avec la perception de Cuche (2004), sur cette la conception de la culture : en effet, il propose une autres définition de la culture ainsi : *« Une culture est un ensemble de significations que se communiquent les individus d'un groupe donné à travers ses interactions »* (Cuche, 2004, p. 48). Ici l'auteur possède une vision interactionniste de la culture. Il considère que le véritable lieu de la culture, ce sont les interactions individuelles.

Dans ce sens nous pensons qu'un changement technologique est bien un moment clé qui interpelle l'univers culturel des personnes. Les significations accordées au changement, aux protocoles, les attentes, les processus sont tous liés à la culture des personnes.

Le changement technologique est plus qu'un phénomène de recomposition organisationnelle, plus qu'un rôle à assumer temporairement, plus qu'une simple réorganisation ou une modernisation, il est un mode de vie, un acte de communication, une occasion de dire et de faire le sens du phénomène du changement technologique. Le changement technologique est à la fois une construction historique et culturelle. En ce sens, les représentations que les acteurs ont du changement sont des perceptions qui sont forcément en lien avec la culture et l'interprétation du changement en lui même. Par exemple des mythes entourent les technologies dans le secteur de la santé. En règle générale, on fait souvent un lien entre technologie et espoir, surtout dans ce secteur. Le potentiel des technologies dans l'application de certaines nouvelles méthodes de travail dans le domaine de la santé est très fort ; nous faisons notamment référence le travail en réseau entre plusieurs organisations sanitaires, la télémédecine, la télésanté, téléconsultation. Par extension, il y a certains dispositifs qui sont à l'œuvre dans la fabrication du changement comme nous l'avons souligné dans la partie introductive de cette deuxième partie. Les dispositifs sont des discours, des institutions. Ils vont rendre crédible ou renforcer la performance de la technologie à travers des discours, dans le but de donner de l'espoir. Ce que nous constatons dans les discours des politiques les aspects technologiques, politiques et économiques priment l'aspect social. Or, si la dimension culturelle structure même la technologie, il convient dès lors de l'associer à la dimension sociale. En d'autres termes la technologie articule à la fois le culturel et le social.

- Ainsi…
    - La dimension sociale de la technologie intervient sur deux plans :
        - Sur le plan macrosociologique c'est-à-dire les conditions générales d'existence;
        - Sur le plan microsociologique c'est-à-dire les relations interpersonnelles entre les individus mais également entre les individus et la technologie

Donc, la technologie est aussi un phénomène social (pas seulement politique ou économique). Nous allons regarder analyser la mise en place du logiciel Cursus 3 sous l'angle de la relation sociale entre les professionnels de santé et les décideurs du changement technologique

- Point de vue constructiviste /interactionniste qui met l'accent sur la communication c'est-à-dire les relations entre les acteurs qui se réalisent, se transforment et se définissent dans et par l'ensemble des dialogues que les individus entretiennent. Nous tentons de mettre en œuvre ce point avec les réalités de notre terrain.

Selon les utilisateurs qui travaillent avec l'outil CURSUS 3, le changement organisationnel a été perçu très rapidement avec l'idée que le sens du changement repose sur les valeurs de leur organisation. La communication comporte une cogestion du dialogue (le sens est toujours co-géré, co-construit). En effet selon eux, chaque organisation possède ses propres valeurs, ses stratégies, ses propres façons de faire. Ce faisant pour ces acteurs les changements technologiques doivent respecter autant les valeurs qu'incarnent l'organisation, que celles que revendiquent les personnes elles–mêmes. Nous pouvons illustrer ceci à travers les propos d'un médecin anesthésiste :

« On ne doit pas nous imposer des stratégies ou des changements technologiques parce qu'une autre organisation type utilise telle ou telle technologie. Ce qui peut marcher pour une organisation ne l'est sûrement pas pour une autre car on a pas les mêmes systèmes de valeurs ».

De là nous considérons que le comportement des individus dans son milieu de travail et dans l'organisation en général est lié à la culture de l'organisation à laquelle ces derniers s'y identifient. Dans ce sens nous croyons comme Engeström que :

« Si l'on veut créer de nouvelles méthodes d'apprentissage en milieu de travail, il faut d'abord comprendre l'historique et la transformation d'une organisation » (Engeström, 2004).

Nous mettons en exergue s le fait que, la mise en place de CURSUS 3 va au-délà même d'un changement organisationnel. La traçabilité ne concerne pas seulement une à deux structures mais la population rennaise, le territoire national et même international. Le logiciel a une dimension internationale, et un le rôle prépondérant pour la traçabilité et la sécurité de la chaîne transfusionnelle. Tel qu'il est relaté sur le site de l'EFS consulté :

« Le système transfusionnel français est reconnu comme une référence à travers le monde. Ainsi l'Etablissement Français du Sang est régulièrement sollicité par la communauté internationale pour ses compétences médico-techniques et l'efficience de son organisation

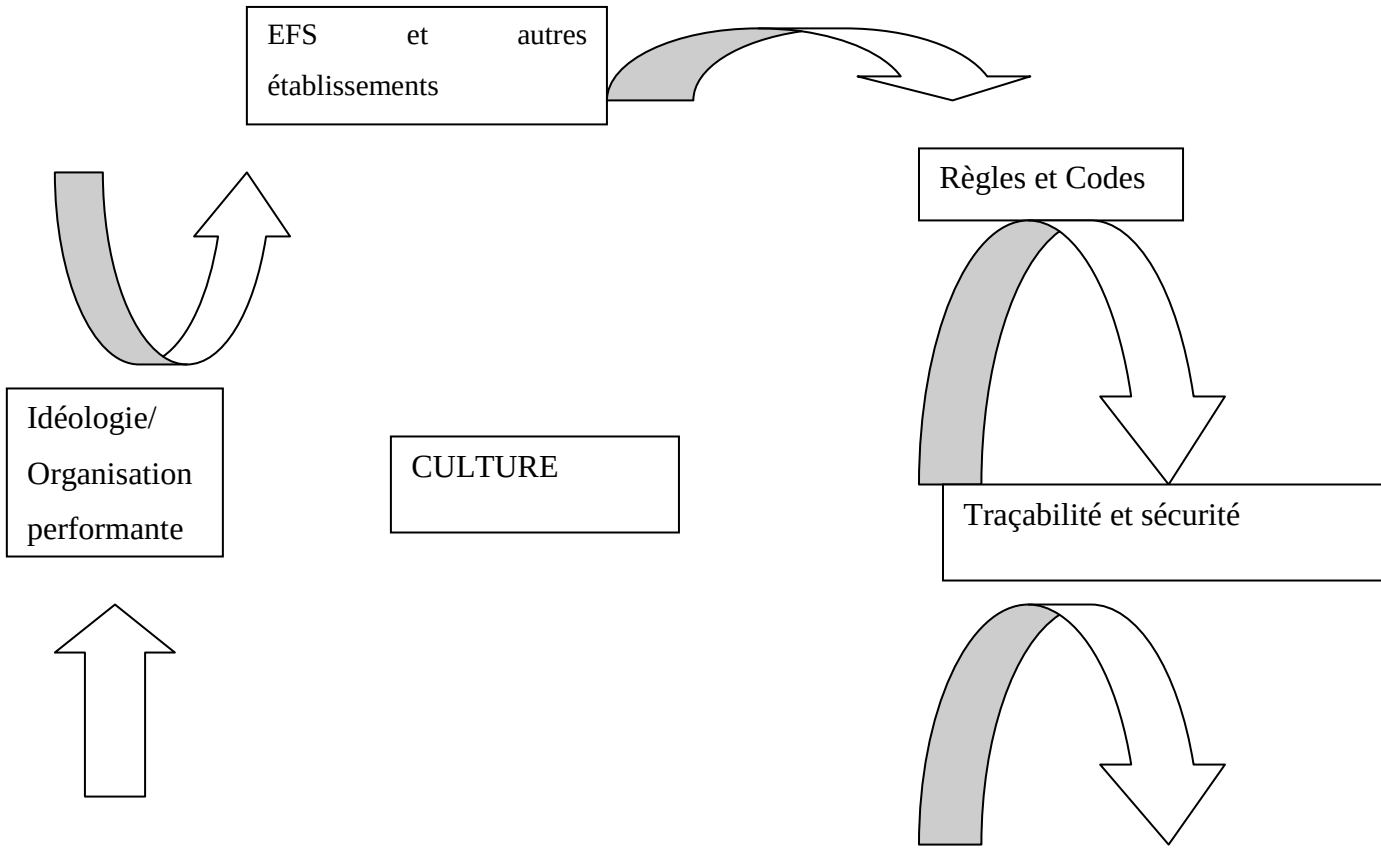
nationale. En lien avec les ministères de la Santé et des Affaires Etrangères, il répond aux demandes de coopération de nombreux pays à un rythme croissant ».

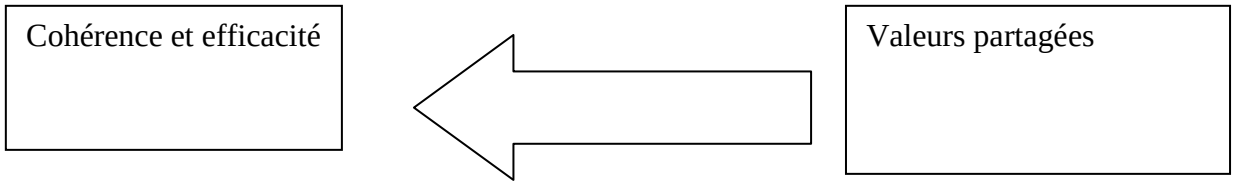
La traçabilité et la sécurité constituent des normes sociales qui émergent dans l'action des individus qui constituent ce système transfusionnel.

Partant de ceci, l'objectif général de l'intervention de l'EFS est de co- construire des connaissances en collaboration avec les divers acteurs dans le cadre de ce partenariat. Cette co-construction de connaissances repose sur des valeurs très partagées qui se traduisent ici par la notion de traçabilité et de sécurité. Ainsi comme le souligne Mahy:

« Pour l'individu, la culture représente les normes de son existence, et tout individu qui y déroge sort du cadre de représentation commun et offre à la majorité l'image d'un individu en opposition. La culture est avant tout un ensemble de règles et de codes non écrits qui favorisent et assurent la cohésion et la régulation de relations entre les individus et entre les groupes. L'organisation, si elle veut être cohérente et efficace, doit être conçue et pensée sur la base de valeurs partagées. La culture est donc le ciment fondateur d'une certaine idéologie et d'une organisation performante » (Mahy, 2011 p 114)

Nous pouvons illustrer ceci à travers cette figure :





Commentaire : *« cette figure met en évidence le fait que toute organisation repose sur des valeurs et des systèmes de significations communes. Par conséquent, une fois ces significations définies, ces valeurs et systèmes peuvent être à la base d'innovations et de changements organisationnels »* (Mahy 2011). La traçabilité et la

Nous voyons bien dans cette figure le lien social qui unit les différentes structures et les acteurs ne reposent pas uniquement sur un partenariat mais sur la signification même de ce partenariat. Cette forme partenariale mérite une réflexion plus approfondie. En effet, dans le travail collaboratif entre l'EFS et la clinique la sagesse nous avons soulignés

5. 2 Saisir le processus de la performance technologique

Dans cette section, nous étudions le processus de la performance technologique en nous inspirant de la théorie de la structuration. Celle –ci défend l'idée selon laquelle la productivité de la technologie ne réside pas en la technologie en elle-même, mais la façon dont cette technologie est implantée. Nous justifions également notre positionnement par rapport à la théorie du changement en l'occurrence le modèle « Texte et Conversation », afin de montrer la manière dont le changement a été conduit.

Rappelons que nous avons voulu étudier deux logiciels notamment CURSUS 3 et HOPITAL MANAGER. Ces deux outils viennent transformer les activités traditionnelles des acteurs qui se faisaient sur du papier. Ainsi donc, la rationalisation de ces activités, implique la problématique du changement organisationnel qui dépend de la façon dont les acteurs comptent procéder. Donc chaque cas est différent de la façon dont les acteurs s'y mettent pour

dérouler au mieux leur projet. C'est dans ce contexte que nous considérons fondamental de voir les conditions dans lesquelles ces deux projets ont été menés.

Selon Wolton, « la communication c'est la question de l'autre » (Wolton 2009, p 89). Pour lui, la communication n'a de sens qu'au travers de l'existence de l'autre, et de la reconnaissance mutuelle. L'auteur souligne ici la légitimité du récepteur qui peut accepter, négocier, refuser l'information créant ainsi une complexité dans la volonté et l'action de l'émetteur. Nous considérons ici le changement non comme un résultat, mais comme une performance réalisée dans l'action collective. Dans ce contexte le changement n'est plus un projet mais un phénomène émergent. Le Changement comme processus : le changement qui est en train de se faire dans et par la communication. Tels que l'ont déjà relaté Taylor & Van Every 2000, Cooren 2006, qui considèrent que la communication est constitutive de l'organisation, nous pensons dans cette perspective que le changement est également constitutif de la communication.
Selon Nicole Giroux (2010), la communication construit l'organisation et produit le changement, dans la mesure où les experts d'un domaine ont l'occasion de se connaître et de se faire assez confiance pour échanger les informations et les connaissances nécessaires à leur action collective. Pour cela, ils doivent interagir fréquemment, suffisamment longtemps pour que se créent les liens humains et les « nouages », qui génèrent l'innovation. Ce processus de création est en parallèle d'un groupe, d'un produit de qualité, et d'une innovation, et se manifeste dans les communautés de pratiques (Wenger, 1998) et les équipes performantes (Larson et Lafasto, 1989).

Ainsi voici les propos recueillis :
« La clinique prône la dimension humaine. On choisit avec les utilisateurs. On est différent de l'hôpital ».
Pour favoriser ce type de « nouages », la mise en place du logiciel CURSUS 3 repose sur une notion stratégique qu'est donc l' « Hémovigilance », et en sont mis en place des outils de communication tels que les forums de discussions. L'objectif était d'attirer l'attention sur la vigilance que l'on doit accorder aux transfusions sanguines. Le but est que tout le monde ait les mêmes informations, et cela vient d'une proposition d'un utilisateur. Nous l'avons noté avec les consignes d'un médecin :
« Je crois qu'il faut prendre le développement des systèmes d'information par une proposition qui peut venir d'un quelconque employé. Il ne faut pas que soit unilatéral ».

A travers ces propos, nous avons pu souligner trois éléments essentiels : d'abord nous avons compris que l'implantation d'une technologie dans une clinique est différente de celle de l'hôpital. Au niveau de la clinique la dimension sociale d'une intégration technologique est mise en avant, car les rapports hiérarchiques sont discutés et négociés, comparé à l'hôpital qui fonctionne plus par des stratégies très directives dans ce domaine. Nous avons ensuite noté que l'implantation d'une technologie doit avoir sens pour susciter l'adhésion des individus. Le sens repose sur deux notions : Vigilance et traçabilité.

Le sens peut émerger dans le groupe ou d'un individu (ici d'un utilisateur). Ceci se fait grâce à des stratégies de communication mises en place, qui mettent en avant l'intérêt collectif qui tendent vers le consensus.

L'exemple ici qui montre comment cette logique de changement modifie les relations de pouvoir et valorise la communication. Le changement est ici tel que le rappelle Nicole Giroux :

« Un changement comme un phénomène naturel, émergent et communicationnel » (Giroux 2010).

Ainsi à partir des stratégies de communication, le sens émerge des interactions entre les individus qui vont partir sur des valeurs (dans notre exemple ci-dessus les valeurs reposent sur la vigilance) qui les unissent, et qui vont identifier des zones communes qui leur permettent d'avancer sur un même objectif. Ainsi nous croyons comme Weick que le changement émergent (le changement continu, émergent et souvent bottom-up) est universel et on le trouve partout dans l'organisation. Selon Weick, ce « changement émergent » est très différent de la notion « de changement comme projet » qui vise la performance, et considère la notion de projet comme difficile, et ayant recours à des discours rhétoriques et de cadrages pour réaliser ce changement.

Dans l'exemple sur notre terrain de recherche, nous considérons que le changement organisationnel s'inscrit dans une démarche très naturelle qui met en avant des outils de communication, c'est-à-dire la négociation des objectifs et des pratiques. Dans ce sens, le changement devient un processus de négociation (sensemaking et sensegiving), soit un changement émergent (bottom-up) dans le feu de l'action (Weick), par opposition à un changement épisodique, planifié, délibéré et top –down.

Ainsi, nous ignorons la notion les pouvoir et de contrôle, que l'on aurait pu observer dans le changement organisationnel qui concerne le logiciel CURSUS 3. En effet, le pouvoir, même s'il existe dans ce projet, se manifeste de façon très subtile. L'idée de mettre en place un logiciel vient de l'établissement français du sang. À cause de la crise du « sang contaminé », il

à décide de réglementer les transfusions sanguines en mettant en place des outils pour assurer la traçabilité et la sécurité du sang. Donc l'idée de mettre en place le logiciel est imposée par l'établissement français du sang. Ce dernier impose aux établissements de santé de respecter la réglementation en préconisant l'usage de logiciels pour ces établissements de santé. Cependant, au niveau de la Clinque La Sagesse, le choix du logiciel revenait aux acteurs qui se sont réunis pour discuter sur un logiciel qui sera adapté à leurs pratiques de travail.

Donc nous considérons que le pouvoir ici ne repose pas sur des rapports hiérarchiques et de domination, le pouvoir est modelé dans les interactions entre les acteurs, qui apportent chacun leur contribution pour choisir le logiciel approprié.
Par rapport à la notion de contrôle, nous le considérons comme existante dans le processus, car les allers et retours entre l'établissement de santé et l'établissement français du sang,le justifient. Cependant cette dimension de contrôle a été bien perçue par les acteurs eux-mêmes et sont mobilisés pour assurer le contrôle du sang. Donc même si nous reconnaissons l'intention de l'établissement français du sang qui consiste à contrôler les établissements de santé en mettant en place des logiciels des gestions de sécurité pour la qualité du sang, nous notons malgré tout que dans notre terrain de recherche, la notion de contrôle est inhérente aux pratiques et c'est ce qui facilite le changement organisationnel.

Le changement qui émane de la communication est traité de deux manières dans la littérature scientifique que nous avons choisi de traiter. D'une part, il est comme un changement émergent qui serait le fruit du hasard, de conséquences inattendues de l'action, et d'autre part, il est comme le produit d'un effort collectif de « sensemaking » Weick (1979). Tels que les forums, la conversation, le dialogue, la négociation, le sens, utilisés pour trouver un consensus et relativiser les rapports de pouvoir.
Selon Braverman, le changement technologique qui vise l'informatisation des pratiques de travail veut reproduire les rapports de pouvoir qui existaient déjà entre les gestionnaires et les subordonnés. Pour lui l'informatisation cherche une nouvelle division du travail susceptible de reproduire les facettes du taylorisme. Car l'informatisation repose sur une planification et une exécution du travail. Ainsi dans cette logique, nous considérons comme Braverman que cette logique d'implantation peut entraîner des rapports de domination entre les décideurs et les professionnels.
Parallèlement aux rapports de domination que les technologies créent entre les individus, elles raffinent également les tâches de ces derniers, reléguant ainsi l'humain au second plan ou

éliminant les activités autrefois effectuées par les employés. Ainsi pour cet auteur, la technologie « emmagasine les connaissances » autrefois détenues par les travailleurs, réduisant ainsi le rôle de ces individus à celui d'exécutant. Comme leur savoir- faire est maintenant intégré à la technologie, les travailleurs se sentent plus vulnérables parce que le travail peut se faire sans eux (Braverman 1974, cité par Groleau 2010). Nous considérons les croyances de Braverman trop proches d'une approche critique sur les technologies dans les organisations. En effet, défendre l'idée que les technologies dégradent le travail et suppriment les activités humaines, c'est ignorer les résistances que les employés ont face à leur implantation, et les stratégies mises en œuvres par les gestionnaires pour contourner ces résistances. Donc dans les situations d'implantation des technologies, les rapports de pouvoir sont de plus en plus minimisés au profit d'une implantation beaucoup plus intégrative et participative.

Dans cette veine, Gioa et Chittipeddi (1991) décrivent la négociation collective du projet de changement. Ils ajoutent la dimension sociale et communicationnelle au processus de construction de la signification (socioconstructionnisme)
Le changement organisationnel implique des modifications des relations de pouvoir, et donc de relations communicationnelles autrement dit de la communication. Il ne s'agit pas de communiquer le changement afin de rendre l'organisation plus performante, mais de changer la communication pour rendre l'organisation beaucoup plus ouverte. Là, la résistance d'un individu à un tel changement organisationnel n'est pas dysfonctionnel, (soit un individu qui ne sait pas s'adapter changement). En fait, il tente de garder son autonomie orientée vers une volonté d'intercompréhension, émancipatrice.

Diefenbach (2007) considère le changement comme étant avant tout un phénomène politique. Il affirme que le changement survenant au sein de l'organisation découle des relations de pouvoir et des luttes pour la prépondérance.

Selon Crozier et Friedberg, (1977) :
« Le pouvoir n'est pas une capacité que l'on possède. C'est plutôt une relation asymétrique que l'on voudrait rendre égalitaire. Face à ce désir de transformation, certains sont optimistes, d'autres plus pessimistes ». (Crozier et Friedberg, 1977)

Selon la tradition foucaldienne des micropratiques, les relations de pouvoir sont si envahissantes qu'il est difficile d'y résister. Le discours dominant est perçu comme la réalité et les quelques tentatives de résistance servent à reproduire le système existant (la résistance s'élabore malgré les contraintes).Grâce à de multiples dispositifs de communication dans lesquelles les relations de pouvoir sont transformées par les échanges et les logiques d'action, révélées et négociées.

Ces différentes définitions qui tentent d'appréhender le changement, montrent la complexité de ce phénomène que d'autres auteurs tendent d'explorer dans une dimension microsociologique

5.2.1 Latour : mobilisation des alliés,

Il n'est plus possible ici de penser la technique hors de la société ou la société hors de la technique ; l'une comme l'autre émergent conjointement des processus d'innovation et la technique n'apparaît plus que comme une modalité particulière d'association durable des humains entre eux et avec des entités non humaines (Latour, 2006).

Nous explorons la pensée de Callon & Latour afin de mieux comprendre les situations de changement qui se déroulent dans notre terrain de recherche.

Selon Latour : *« La société est le résultat toujours provisoire des actions en cours »* (Latour 2006). Les actions se traduisent par la mise en place des nouvelles techniques de travail en réseau, qui sont souvent en train de faire. Ces nouvelles techniques de travail, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, ont été rendues possibles par les technologies de l'information et de la communication.

Nous avons déjà évoqué la théorie de l'acteur réseau et leur dimension coconstruite des phénomènes organisationnels. Mais rappelons que Latour distingue trois forces extérieures qui expliquent que l'individu est obnubilé par l'artefact technologique : il s'agit notamment pour lui d'intérêts, d'idéologies, ou de relations sociales de domination et de pouvoir (Latour, 2006, p.268). Nous comprenons par là qu'il existe différentes logiques pour mettre sur pied une technologie dans une organisation. Nous n'allons pas trop développer ces logiques car nous l'avons déjà fait dans la partie qui aborde ce sujet avec la théorie de la structuration qui concerne le niveau macro. Nous allons nous intéresser plutôt aux « processus en train de se faire » autrement dit les processus de constitution des organisations de travail.

Nous allons nous focaliser sur deux notions fondamentales qui sont la notion d'action et la notion de réseau. Ces deux notions constituent ce que l'auteur nomme : l'acteur- réseau car selon lui elles sont deux faces d'une même réalité. Dans ce cadre, l'action appartient à priori à un acteur et elle relève de la communication participative. Être en action relève de la communication.

Ainsi c'est dans ce sens que nous dégageons et précisons nos hypothèses de travail : elles reposent sur une logique de communication selon laquelle plus les acteurs mesurent les réalités de leurs actions dans la communication, plus l'organisation se met à exister, et mieux les projets technologiques se déroulent.

5.2.2 CURSUS 3 une « méta-organisation »

Nous pouvons illustrer cette affirmation par le cas de CURSUS 3. En effet, l'implantation de CURSUS 3 permet l'articulation de ces deux notions à savoir : l'action et le réseau. La figure ci-dessous est une illustration de la théorie de l'acteur réseau qui affirme un principe de symétrie entre humain/ non humain. Nous voyons à travers cette figure que le logiciel CURSUS 3 est au centre d'un tissu de relations liant les entités hétérogènes (Callon 2006). CURSUS 3 en tant qu'artefact technologique s'articule avec d'autres artefacts (les logiciels déjà existants de la clinique, les requêtes, le dossier Médical informatisé, la gestion des risques, les acteurs etc). Nous notons bien la notion d'aller retour qui se fait entre les deux services (établissements de santé et établissements français du sang). Le succès CURSUS 3 repose sur le fait qu'il permet aux acteurs (les utilisateurs) de gérer plusieurs actions. Cependant, les utilisateurs sont autonomes dans la façon de travailler avec ce logiciel car ils ont mis en place des outils adaptés à leur culture organisationnelle et leur savoir faire qui leurs permettent de mieux utiliser le logiciel.

Nous faisons largement état de notre terrain où en effet, l'autonomie des acteurs a permis une nouvelle façon de faire avec le (« Forum Hémovigilance ») ,qui émerge d'eux- mêmes, et leur permet de soulever les éventuelles difficultés du logiciel pour les résoudre entre eux. Dans ce contexte, nous considérons que le fonctionnement de CURSUS 3, dépend de la façon dont les utilisateurs décident de travailler avec ce dernier. Toujours dans notre terrain, la notion « d'autonomie » est abordée souvent par la responsable du système d'information de la clinique Sagesse, pour nous montrer que les utilisateurs sont autonomes non seulement dans le choix du logiciel mais aussi dans leur façon de l'utiliser. Voici ce qu'elle nous révèle :

« Il se trouve qu'on a choisi le logiciel CURSUS 3 qui ait répondu on va dire à 90% de nos attentes, mais on était autonome sur le choix du logiciel en fait »
« L'Hémovigilance est le nom du forum pour donner sens à ce changement organisationnel. On est autonome sur le choix du nom du forum. En fait il est venu assez naturellement entre nous le service informatique et les référents métiers »
Par ces témoignages, nous faisons la comparaison avec les propos de Callon (2006) *« Est « inscrit » dans l'automobile, dans l'artefact technique lui-même, un utilisateur autonome doté de la capacité de décider où il va, de circuler comme il veut et quand il vaut »*. Nous considérons ce raisonnement comme une manière d'éclairer sur comment les humains et la technologie interagissent pour le fonctionnement d'un système.

Dans le cas de CURSUS 3, son fonctionnement dépend de la manière dont les utilisateurs comptent procéder. Donc dans cette figure ci-dessous (p 278), nous considérons que le réseau ne concerne pas les liaisons entre le service hospitalier et l'établissement du sang, mais tout un ensemble de composants auxquels les acteurs ont leur propre façon d'orienter leurs activités à travers l'outil, afin qu'il réponde à leurs objectifs. Nous considérons CURSUS 3 comme étant un outil qui dépend d'un réseau socio-technique (Latour 2006) qui articule à la fois des acteurs, deux établissements, des réformes, des lois, de la gestion de risque etc., Dans ce contexte nous défendons l'idée selon laquelle, le réseau est : *une « proto-notion » qui permet de décrire toute réalité comme un faisceau de relations entre des entités hétérogènes (actants humains et non humains)* Callon (1999). Chaque acteur qui travaille avec CURSUS 3 doit prendre en compte de tous ces éléments cités ci-dessous qui représentent une action collective. Un utilisateur qui utilise CURSUS3 pour vérifier la traçabilité du sang avant de le transfuser à un patient, ne se centre pas uniquement son attention sur la transfusion, mais doit tenir compte au préalable de toutes les informations qui concernent le patient : les prés –requis de l'établissement français du sang; le personnel soignant concerné; le matériel. Ainsi donc il déclenche une action collective parfaitement coordonnée.
CURSUS 3 dont le but est d'assurer la traçabilité du sang fait que tous les établissements de santé en France sont équipés de ce dispositif pour répondre aux attentes de l'Etablissement Français du Sang (EFS). Il permet d'une part aux utilisateurs de mieux gérer la sécurité mais aussi de laisser des traces dans la qualité de leur travail. Ces actions menées autour de ce logiciel lui attribuent une certaine fiabilité qui installe une sorte de confiance entre l'établissement de santé (la clinique) et l'EFS. Dans cette perspective, nous mettons en lumière que la fiabilité ne réside pas uniquement dans une transmission de données et

d'informations sur le sang à déposer ou à transfuser, mais elle est intrinsèquement liée à l'action collective. On parle d' « intelligence collective » ou « collective mind » dans l'esprit de Weick et Roberts (1993).

Ainsi nous croyons comme Latour (2006) qui affirme :

«J'entends par là une chaîne d'actions où chaque participant est traité à tous égards comme un médiateur ».

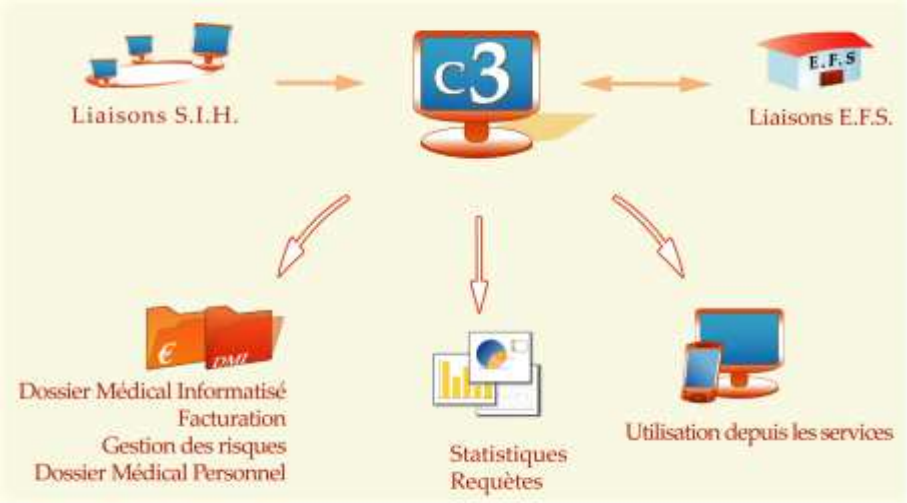


Figure 1: Cette image illustre la notion de réseau selon la théorie de l'acteur réseau: réseau une proto-notion qui concerne l'action des acteurs et les artéfacts

Nous considérons le logiciel CURSUS 3 comme un artefact commun qui suscite une action collective. Nous pouvons donc illustrer ceci à travers la figure ci-dessus :

Rappelons que la mise en place de ces logiciels qui assurent la traçabilité du Sang dans les établissements de santé a été préconisée par les acteurs de la santé afin de faire face au risque de sang contaminé. Dans les années 80, l'Etat et l'Etablissement Français du Sang ont mis en place des outils de gestion pour la sécurité et la traçabilité du sang. Selon nous, cette façon de gérer l'après –crise en préconisant des nouvelles techniques de travail permet l'ouverture d'une « Boîte Noire » qui détenait une dimension instrumentale et déterministe. En effet pour faire face à la crise, la mise sur pieds de ces artefacts technologiques repose sur des modalités telles la négociation et l'ajustement aussi bien entre les humains mais également entre les humains et les non-humains. Pour être plus court, nous faisons allusion aux processus de constitution qui selon la théorie de l'acteur réseau doivent permettre de rendre

compte de « la manière dont les actants mettent en place la technologie ». Ainsi, en situation de crise, grâce à l'action collective, la « boîte noire » est remodelée dans les interactions.
Dans notre étude, nous faisons le lien avec CURSUS 3 en le considérant comme une « boîte noire » qui s'ouvre dans l'action collective afin de mieux prévenir les risques et gérer la qualité dans le sang. Cette ouverture s'appuie sur des processus de constitution qui reposent sur l'appropriation de CURSUS 3 par des termes tels que « Hémovigilance », « Forum Hémovigilance » qui sont connus par tous les employés qui travaillent avec l'outil.
Cette façon « d'Humaniser » CURSUS 3, a permis une simplicité au niveau de la mise en place car les acteurs ont compris dés la conception l'utilité de l'outil. Dans ce sens nous pensons comme Law (1987) : *« C'est durant la constitution de ces réseaux sociotechniques, c'est-à-dire durant la conception, le développement et la diffusion de nouveaux artéfacts techniques, qu'apparaissent le plus clairement, avant la mise en boite noire, les inévitables négociations et ajustements entre actants humains et non humains »* (cité dans Latour 2006, p 271). L'humanisation de CURSUS 3, est une façon d'établir la négociation entre acteurs et l'outil lui-même. Cette façon de procéder selon Latour, permet d'intéresser les gens dans le changement technologique. Ainsi tel que le souligne la théorie de l'acteur, le concept d'intéressement est d'appréhender la relation entre les acteurs et les outils ce que Callon nomme comme des « assemblages hétérogènes ».
Cependant, l'humanisation de CURSUS 3 qui repose sur des modalités de communication telles que le dialogue, la consultation, la décision collégiale globalement sur le consensus, ne permet pas de ne pas souligner les relations de pouvoir et de domination qui se développent entre les établissements de sang et les établissements de santé. Nous considérons dans ce sens que la notion de pouvoir est latente mais possible à résoudre.

Comme nous l'avons déjà souligné beaucoup plus haut, le logiciel « CURSUS 3 » a été mis en place à la clinique la Sagesse à la demande de l'Etablissement Français du Sang (EFS). L'objet est de mieux assurer la traçabilité du sang entre la clinique et EFS. Ce qui fait que la clinique est en lien direct avec EFS. Cette nouvelle technique de travail révèle le caractère innovant du projet tel que le souligne la responsable des systèmes d'information de la clinique :
« L'innovation dans ce projet c'est qu'on va être en lien direct avec EFS. Il n'y aura aucune ressaisie, donc l'EFS nous envoie des poches de sang et la clinique renvoie la traçabilité directement à l'EFS. En fait on est en lien direct. On est en interface directe, en aller retour

avec l'EFS ; donc en temps réel, ils ont l'information des personnes qui sont transfusées et de tous les incidents liés aux poches de sang »

Ce témoignage souligne une volonté d'optimiser la traçabilité et la sécurité du sang à travers CURSUS 3. Nous avons noté un gain de temps énorme qui rentre dans les critères de la rationalisation des soins qui vont dans le sens d'une logique économique (Bonneville, Grosjean 2007).

En s'appropriant les quatre concepts développés par Callon (1986), nous faisons état que la façon d'organiser CURSUS 3 au sein des pratiques repose sur ces quatre phases que nous considérons comme un processus. Il s'agit successivement des concepts : de la problématisation, de l'intéressement, de l'enrôlement, et de la mobilisation des alliés. Ainsi suite à l'étape de la problématisation qui permet de définir les actants, nous l'avons déjà souligné plus haut, nous passons aux autres étapes de ce processus de mise en place de CURSUS 3 dans la perspective de l'acteur réseau.

Ce faisant, nous allons aborder la notion « d'intéressement » dans le cadre de ce projet. Ainsi nous nous interrogeons sur les critères qui intéressent le personnel pour adhérer au projet.

Dans le cas qui concerne CURSUS 3, nous avons identifié un actant fondamental qui est l' « Hémovigilance ». Cet actant articule deux enjeux principaux qui désignent l'action collective, il s'agit notamment de la notion de « vigilance » et celle de la « traçabilité ». Nous pouvons illustrer ceci par les précisions de la responsable des systèmes d'information de la clinique.

Voici ce qu'elle nous révèle précisément :

« C'est un terme qui est connu par tous les soignants en fait et on pourrait toucher à tous les soignants, ils allaient le comprendre. Là c'est plus le référent « hémovigilance »qui tient à cette vigilance, puis qu'effectivement on doit assurer toute la traçabilité et assurer une vigilance qui est nécessaire. C'est ce qui donne sens complètement au changement. »

C'est dans cette optique que nous avançons l'idée selon laquelle, l'intérêt que les acteurs accordent à ce terme « Hémovigilance » qui est la vigilance du sang, a provoqué en effet l'enrôlement des gens autour du logiciel CURSUS 3. Ceci montre que les gens en l'occurrence les acteurs métiers ne sont pas déterminés par l'outil lui-même, mais son succès dans leur travail pratique a fait qu'ils acceptent de travailler avec le logiciel CURSUS 3. Nous notons un intéressement réussi et qui découle sur une stratégie commune qui se traduit par des actions collectives. Nous mettons en lien la stratégie commune ici, avec l'émergence d'un « Forum Hémovigilance ». Nous le considérons comme un autre actant qui permet en effet la

mobilisation des alliés, tel que le souligne une infirmière référente informatique. En effet, les utilisateurs enrôlés, trouvent des stratégies ensembles pour ouvrir de nouvelles perspectives très élargies qui permettent de mieux percevoir le logiciel et de repérer les difficultés de chacun dans le travail avec l'outil. Nous pouvons illustrer ceci par ces propos :

« Le but du forum c'est surtout qu'on laisse notre avis, on a des questions, on a des réponses, et tout le monde peut les voir en fait et comme on se voit pas forcément au lieu de poser 10 fois la question on s'est dit autant de mettre en place un forum comme ça, ça permet de voir les réponses et les questions de chacun. Après c'est aussi pour nous une nouvelle façon de faire. L'idée est bonne »

Nous voyons bien à travers ces propos que la mobilisation des acteurs repose sur ce dispositif (forum Hémovigilance) que nous considérons comme une porte -parole qui permet la circulation de l'information entre les acteurs concernés. Il permet à la clinique de gérer l'après- changement en vérifiant quotidiennement sur ce dispositifs les éventuels retours négatifs des utilisateurs. Ceci est justifié par la responsable de gestion informatique :

« L'idée d'un forum pour gérer les retours négatifs à l'égard d'un système d'information était une première pour la clinique Sagesse. C'est vraiment un test pour voir effectivement est ce que les utilisateurs sont assez matures plus utilisés un forum. Donc c'est une question qu'on s'est posée donc on a vu avec le référent hémovigilance pour voir s'il y avait des dérives sur l'utilisation du logiciel »

Nous notons par là un déplacement de deux entités qui forment l'organisation. D'une part la responsable de gestion du système d'information qui représente le niveau macro qui participe à la création de ce nouveau dispositif qui émane d'une réflexion d'un référent métier. Et d'autre part, un acteur –micro interagit avec un acteur-macro pour mobiliser ses collègues. A cela s'ajoute l'artefact central qui est le « forum Hémovigilance » qui permet d'évaluer l'utilisation de CURSUS 3 dans les pratiques des médecins. Une stratégie très payante car elle permet non seul aux acteurs –micro de souligner les difficultés liées à l'outil, mais également aux acteurs-macro de gérer les difficultés en allant souvent sur le forum vérifier les éventuels retours négatifs des médecins et infirmières. Delà, nous défendons comme la théorie de l'acteur- réseau que :

« La contribution des non humains ne peut plus être ignorée ou minimisée par les sciences sociales car les investissements croissants dans la recherche et dans l'innovation technique en augmente le nombre de manière quasi exponentielle » (Callon, 2006, page 272).

En ce sens, nous rejoignons ainsi l'idée de l'approche sociotechnique qui appelle à comprendre la technologie à la fois comme entité matérielle et comme un artefact social.
Nous comprenons le réseau dans une perspective sociotechnique est une façon d'appréhender celui-ci comme une entité qui se crée et se maintient à travers des stratégies menées à la fois par des humains et des non-humains. Cette relation de symétrique de l'approche sociotechnique se justifie dans notre cas en ce qui concerne CURSUS 3. Ce dernier a été très simple au niveau de son implantation, une simplicité qui pourrait se justifier par le fait que le processus d'enrôlement repose sur des pratiques sociales et non sur des mesures très techniques.

Hémovigilance : le sens sur l'utilisation de Cursus 3

Hémovigilance un processus de création de sens où les cultures sont partagées : le sens que les acteurs attribuent à ce dispositif réside dans la notion de traçabilité dont l'outil fait l'objet.
Cursus 3 est un outil construit dans l'interaction, le sens est construit dans les interactions. Le pouvoir du sens partagé. Tous les acteurs y sont importants, même ceux qui ont peu de pouvoir dans la hiérarchie. Ils le sont parce qu'ils produisent du sens.
Dans ce contexte, le changement est vu comme un événement dont le sens est créé par les individus qui le modifient. L'objectif est de permettre dans les interactions, la compréhension du changement. « La signification est rétrospective. Elle porte sur un phénomène déjà expérimenté ou immédiatement en cours ». La signification comporte divers éléments : la dimension cognitive, la dimension relationnelle et la dimension des valeurs (Gray et autres, 1986), elle n'est pas « découverte » : elle est créée. Dans ce contexte toute compréhension est essentiellement symbolique. Elle passe par le langage, l'action, l'inaction, l'histoire, l'image, la métaphore.
La mise en place de CURSUS 3 réunit l'avis de tous les acteurs qui sont appelés à l'utiliser. Le choix de ce logiciel est une mise en acte des interactions et des échanges des acteurs de la clinique. La manière dont les acteurs ont mené le changement organisationnel nous permet d'explorer la dimension discursive qui repose sur l'outil.

Nous l'avons signalée, le choix de CURSUS 3 est un choix collégial qui a impliqué l'avis de tous les acteurs micro et macro. Dans le changement organisationnel qui concerne CURSUS 3, nous avons noté deux intersections du texte et de la conversation (Vasquez, Marroquin, 2008). Nous avons noté d'une part le texte de l'établissement Français du sang qui décide de réglementer les transfusions sanguines pour mieux optimiser la traçabilité et la sécurité du sang. Un objectif qui vient faire face à la crise du « sang contaminé » qui remonte vers les années 80. Ainsi les établissements de santé en l'occurrence la clinique Sagesse pour répondre aux attentes de l'établissement français du sang va mener un changement organisationnel dont l'objectif est de trouver des nouveaux outils et de nouvelles techniques de travail pour répondre aux critères de traçabilité et de sécurité. Au cours de ce changement organisationnel, nous avons noté une stratégie discursive menée par les acteurs de la clinique dans le choix du logiciel. Nous l'avons noté dans les propos suivants :

« Le processus de la mise en place : fin d'année dernière à l'autonome, on a recherché tous les logiciels qui étaient éligibles à nos besoins. Il se trouve que y'en a pas énormément sur le marché. Les dossiers spécialités n'y ont pas énormément. Donc on avait isolé deux logiciels donc CURSUS et HémoGest. Donc sur les conseils de EFS de la Bretagne on a demandé aux prestataires de nous faire une démonstration donc on a convié, les référents, notamment le référent médecin, la référente infirmière anesthésiste, les référents infirmiers, la référente secrétaire par ce que il y'a du secrétariat … Tous les métiers qui étaient sollicités en fait avec ce logiciel. Et donc ils ont vu les deux logiciels et après on a « débriefer ». Donc effectivement chacun à amener on va dire son argumentaire. Donc on avait notre propre argumentaire du point de vue informatique et aussi nos prés requis et donc huuum, donc on est arrivé au choix de CURSUS. Donc ensemble, c'est une décision collégiale. On est vraiment sur des décisions collégiales maintenant à la Sagesse ».

Ceci explique la dynamique entre le texte qui se manifeste ici par les instructions de l'établissement français du sang sur la gestion de crise du sang ainsi que les logiciels préconisés. Ce texte considéré comme un acte prédéfini dans l'activité des acteurs est modelé par les acteurs dans les conversations qu'ils établissent entre eux pour mettre en place un logiciel approprié et qui convient à chaque acteur. Nous notons alors un logiciel qui émerge de la communication qui permet de décrire tout le processus du changement organisationnel. Cette mise en acte des acteurs permet de voir : « La manière dont ces acteurs mobilisent la communication pour définir l'organisation nous permet d'explorer la dimension prétendue stable (effet) ainsi que celle plus changeante (le processus) du phénomène organisationnel ». (Vasquez, Marroquin, 2008 p 31).

Ainsi Taylor et Van Every 2000 considèrent que la communication articule à la fois le texte et la conversation, et nous appréhendons ainsi notre objet CURSUS 3 comme élément qui se fait également dans le texte et la conversation rendant ainsi crédible le changement organisationnel.

Nous allons maintenant étudier HM qui connaît actuellement des converses dans son élargissement au sein de la clinique la Sagesse.

5.2.3 HM : quatre étapes importantes

C'est dans cette section de ce chapitre que nous voulons développer les processus en train de se faire, et nous allons mobiliser encore la théorie de l'acteur réseau. Nous allons tenter de mettre en évidence quatre concepts qui composent le principal concept de la « traduction » notions forte que nous convoquerons dans ce point. En effet, la notion de traduction peut s'expliquer autour de la notion de problématisation, de la notion de l'intéressement, de la notion de l'enrôlement et celle de la mobilisation des alliés. Ainsi à partir des éléments obtenus dans notre terrain, nous allons montrer le processus de mise en place d'HM au sein des pratiques cliniques.

Mais d'abord, nous voulons montrer qu'HM est un outil qui a soulevé beaucoup de controverses. En effet, la notion de « controverse » est un concept central dans la théorie de l'acteur - réseau encore appelée théorie de la « fabrication » car elle s'intéresse à l'idée de fabrication, plus précisément comment les choses se constituent et sont en train de se faire. Nous nous s'inscrivons dans une logique de saisir le changement qui est en train de se faire au sein des pratiques des professionnels de santé. Dès lors, ici nous tenterons de décrire les processus de mise en place pour mieux comprendre comment les décideurs tentent de trouver des nouvelles méthodes de collaboration pour aboutir à des solutions**.**

HM est un outil qui a posé beaucoup de difficultés aux acteurs décideurs par rapport aux autres outils tel que CURSUS 3 qui a connu un succès du fait qu'il a été compris comme étant un outil qui incarnait les valeurs de l'organisation et des utilisateurs. En d'autres termes les acteurs ont compris le sens de CURSUS 3, faisant de lui une implantation très facile au sein des pratiques des professionnels de santé.

Contrairement à CURSUS 3, la perception du logiciel HM avant même sa mise en place dans les pratiques a connu diverses appréhensions au sein des éventuels utilisateurs. Ainsi la conception processuelle d'HM pose alors des problèmes : d'abord nous proposons un extrait d'un entretien avec la responsable des systèmes d'information :
« Le projet va porter sur les élargissements d'HM. Donc ce sont des briques supplémentaires. Et effectivement, ces briques là, les médecins typiquement saisissaient sur un papier la prescription, demain il va falloir qu'ils les saisissent sur informatique, ça révolutionne complètement leur façon de faire et donc je pense qu'il y' a une crainte du changement, il y'a une crainte du logiciel, il y'a beaucoup de chose ».

Ensuite, voici un extrait d'une infirmière qui doit utiliser HM après sa formation (rappel qu'HM n'est pas encore mis en place cette phase concerne l'étape des formations des utilisateurs) : voici ce qu'elle nous dit :

« Après HM, je peux en parler car je n'ai pas encore fais la formation, par contre je n'ai pas entendu forcément du bien. Apparemment c'est un outil très compliqué, pas vraiment adapté. Je crois que y'a pas le choix. Tout le monde joue le jeu et ils essayent vraiment d'utiliser cet outil mais l'impression globale c'est que ça va pas quoi ; c'est que ce n'est pas adapté et je pense ça revient à ce qu'on avait dit la dernière fois qu'on s'est vu, c'est –à- dire que les personnes concernées qui utilisent ce logiciel n'ont pas été concertées en amont »

Ainsi dans ces deux témoignages quelles seront les stratégies des décideurs pour mettre en place HM ?
Voyons à travers l'exemple du portable informatique et Actipidos, comment les théories de Callon & Latour peuvent être appliquées dans le cas du logiciel HM

Nous évoquons donc ici la mise en place d'un portable informatique, comme une première étape qui nous permet de mobiliser le premier concept qui repose sur la notion de la « traduction », issue de la théorie de l'acteur –réseau qui est : la problématisation. Selon Callon (1986) se définit comme suit : « La problématisation ou l'art de se rendre indispensable ». Ainsi, expliquons davantage cette notion. Nous tentons de la considérer comme une étape qui ne signifie pas seulement la simple formulation d'un problème. Elle consiste pour un actant (acteur humain et non-humain) à proposer un monde virtuel au sein

duquel l'artefact technologique qu'il porte devient indispensable. Elle propose des alliances à sceller, des détours à entreprendre, et donc un système d'association entre les entités. Un ou des points de passage obligé sont identifiés (Cf annexe 16)

Le portable informatique est considéré comme un artefact technologique susceptible de rendre possible certaines actions collectives. Sa contribution dans la préparation en amont des acteurs, dans la mise en place d'HM, représente une raison fondamentale pour mener à bien le changement organisationnel. La prise en compte du portable informatique dans le déroulement du projet HM dans les pratiques anesthésistes, se déroule dans un cadre susceptible de contenir les interactions. Dans notre cas d'étude, le mode de cadrage est représenté par des non-humains notamment : le portable informatique, la réglementation, la certification, bref, ces termes remettent en cause l'attitude des anesthésistes envers l'utilisation du logiciel HM et devraient face à toutes formes de résistance au logiciel HM.
Cette situation de cadrage pose aussi des conditions d'arrangement qui impliquent une acceptation mutuelle et une amélioration d'une décision prise non pas à sens unique, mais consultation. Une situation de compensation est souhaitable pour dérouler le projet, tel que le souligne la gestionnaire responsable des systèmes d'information :
« Avant, les anesthésistes n'y étaient pas. Ils étaient sur carton anesthésistes papiers, c'est vrai que c'est une révolution pour eux même si pour les préparer on les a équipé depuis 1 an à un portable informatique. On les a rendu autonome sur leur portable, on leur a amené l'informatique en leur disant là c'est l'avenir, on va dire le paramètre matériel est levé. Maintenant c'est le paramètre logiciel qu'il faut lever »

Nous considérons ces propos émanant d'un gestionnaire qui fait partie de la macrostructure pour reprendre les termes de la théorie de l'acteur –réseau, comme une sorte de justification de leur façon de procéder à un changement organisationnel. En effet, il repose sur le fait que les anesthésistes ont été préparés pendant un an en travaillant depuis avec un outil dont l'objectif était de tendre vers une utilisation réussie du logiciel HM.

En ce sens, nous défendons l'idée selon laquelle sans le portable informatique, l'interaction serait impossible car les gestionnaires ne pourront donner aucun sens à leur stratégie de conduite de changement. Dès lors, nous éclairons le fait que cette étape de problématisation repose sur une dimension centrale d'un projet qui est la préparation. En effet, donner aux utilisateurs un an avant la mise en place du logiciel HM est important. Le portable

informatique est un moyen pour la direction de préparer sa négociation avec les acteurs dans l'implantation d'HM dans les pratiques.

C'est la phase de la « micro-interaction » où en effet, les actants (portable informatique, HM, gestionnaire, médecins anesthésistes, infirmière anesthésistes) interagissent et font appel à d'autre actants (la direction, la réglementation, la certification …).

Outre le portable informatique qui vient rendre indispensable le changement organisationnel, nous avons encore un artefact technologique qui existait depuis longtemps dans les pratiques de la clinique et qui aujourd'hui ne répond plus aux besoins de celles-ci c'est ACTIPIDOS

Actipidos semble poser beaucoup de problèmes au niveau de la qualité des soins. Dès lors il devient urgent de remplacer ce logiciel par un notre beaucoup plus moderne et très connu sur le marché :
« Il faut en même temps changer notre mode de prescription liée à la certification qui arrive au logiciel actipidos qui ne sera plus fonctionnel bien puis que à chaque fois on a beaucoup de buggs. Donc de toute façon, il faut qu'on change. Mais c'est vrai que c'est un petit peu plus dur de faire adhérer les médecins ».

« Si le projet est mis en place, Actipidos va disparaître à long terme. De toute façon Actipidos, celui qui avait vendu actipidos au départ était racheté, sauf que les personnes qui l'ont racheté ne sont pas compétentes sur la chose. Elles n'ont pas des compétences pour le développer ou pour le dépanner tout simplement. De toute façon, il y'aura pas d'évolution possible au jour d'aujourd'hui sauf s'il aurait été racheté par quelqu'un de compétent ».

Donc Acitipidos est vu comme étant alors un logiciel de la génération précédente, il a été implanté à la clinique depuis plus une dizaine d'années. Cet artefact technologique participe à la mise en contexte du changement organisationnel qui va reposer sur HM. La certification, les Buggs, les personnes qui ont racheté Actipidos et qui sont aujourd'hui incompétentes pour résoudre les pannes constituent pour la direction des points de passage qui sont identifiés pour le changement organisationnel
Toujours dans la phase de problématisation, nous voulons mettre en lumière deux éléments fondamentaux qui nous permettent de décrire le processus de changement une organisation : il s'agit du **Cahier des Charges**

En effet, nous ne pouvons pas accéder à ces deux éléments très importants dans la préparation en amont d'un projet. Car nous rappelons que ce sont des documents très confidentiels, et que je n'ai pas pu accéder à ces documents internes. Toute recherche atteint une limite, et dans ce travail, la première limite que nous avons identifiée concerne l'impossibilité de consulter ces documents, que nous pensions très nécessaires pour comprendre le processus du changement.

« Le cahier des charges : oui on a des analyses mais je ne sais pas si on peut vous les fournir en fait. Parce qu'en fait ça fait partie de la clinique et donc c'est vrai que ce document ne faudrait pas qu'il parte chez un concurrent du prestataire et donc je ne pense pas qu'on accepte qu'il ait chez un concurrent de la clinique Il y 'a quand même des pratiques de la clinique qui sont décrites. Effectivement on a un cahier des charges, on a des analyses fonctionnelles mais je ne suis pas sure d'être autorisé à vous les transmettre. Vous transmettre une analyse fonctionnelle c'est vraiment détaillé toutes les pratiques dans la clinique et c'est un travail qui appartient à la clinique C'est vraiment un travail propre à l'établissement c'est pour cela je ne peux pas vous le donner. Je ne peux accéder à ces documents car ils sont propriétaire à la clinique. « C'est notre travail et on est propriétaire de notre travail ».

Ces contraintes et limites existent dans toute recherche scientifique, dès lors il devient nécessaire pour nous de trouver d'autres moyens qui nous permettront de comprendre ce « cahier des charges » et son importance dans le processus de changement organisationnel et technologique.

Toutefois en tant que chercheur on a quand même toujours voulu en savoir davantage. Pour ce faire, on s'est juste contentée de mener un entretien pour mieux comprendre ce terme cahier de charge. De quoi s'agit-il ? Qu'est qui se traite dans ces documents, comment ils sont traités, quels sont les personnes concernées. En d'autres termes, quels sont les processus qui impliquent le changement ?

Ainsi, ces questionnements et les raisons qui font que nous ne pouvons pas accéder à ces documents, nous ont nous ont amené dans ce sens à mener des entrevues non-dirigées. Nous sommes restés dans une posture d'écoute, pour mieux comprendre notre interlocuteur qui représente la direction de la Clinique. Voici les propos recueillis sur le terrain :

« Le cahier des charges c'est vraiment à destination des éditeurs et dire vers où on veut tendre. Et du coup l'éditeur quand il est retenu refait une analyse fonctionnelle pour voir un

peu le delta entre ce que nous on a demandé et ce qui est aujourd'hui en pratique. Pour repositionner les choses et dire qu'il y'a quand même tout cette pan là qui n'est pas informatisée que vous voulez informatiser, donc il va falloir former dans tel ou tel sens dans tel ou tel module etc ».

« Et après on rédige le cahier des charges avec les référents, on rencontre les différents éditeurs que nous on juge conforme au cahier des charges et donc après effectivement le réfèrent va dire bem oui moi j'ai demandé qu'il ait telle fonctionnalité et si ce n'est pas conforme donc nous on dit au prestataire qu'on en veut pas. Donc c'est un outil de travail pour nous »

Nous avons exposé ce témoignage assez long, pour permettre de mieux la comprendre de ces deux artefacts dans la problématisation d'un changement organisationnel. Ce que nous voulions comprendre en menant cette entrevue non-dirigé sur c'est la manière de procéder de la clinique. La responsable l'a souligné dans ces propos. En effet, la présence de toutes les personnes concernées, en l'occurrence les référénts (médecins, et infirmières), qui vont relayer l'information aux autres professionnels de santé. Donc nous soulignons par là une étape de concertation, qui permet de dérouler ensuite le projet. Ce témoignage nous révèle en effet que la prise de décision est liée à la consultation des autres membres (les référents), qui vont valider l'outil en fonction de son adaptabilité aux pratiques.

Cette façon de formuler un problème en présence de tous les actants (responsable, informatique, médecins référents, infirmiers référents, prestataires, éditeurs, cahier des charges, interactions, documents…) est un point de passage obligé que la clinique définit dans l'interaction avec les personnes concernées. Cette étape cruciale, joue un rôle fondamental sur les autres étapes que nous allons aborder dans les prochaines lignes

Le dernier élément qui concerne la phase de problématisation s'appuie sur « l'analyse fonctionnelle » définie ainsi :

Selon un cadre de la Clinique : « L'analyse fonctionnelle » nous permet en fait de prendre connaissance au niveau du service informatique, la personne qui gère le projet, de prendre connaissance des pratiques du service, des différentes personnes et on les fait en générale avec les référents parce qu'on ne peut pas interroger tout le monde, et donc d'impliquer le réfèrent et c'est le premier moment où on implique le réfèrent. Nous illustrons ceci à travers les propos suivants :

« En fait l'analyse fonctionnelle en général c'est une visite du service, de l'entité qui est demandeuse d'un nouveau logiciel et là on va déjà voir un petit peu tous les processus métiers, comment l'informatique intervient dans le processus métier à quel moment, qui intervient, quels sont les acteurs ? , combien d'acteurs ?, ça nous permet en fait de faire notre recensement, de savoir combien y'aura de personnes à former, qui seront les référents, quels seront les besoins matériels, les impactes sur logistiques, est qu'il faudra des prises dans les salles. C'est ça l'analyse fonctionnelle en fait on peut avoir une analyse technique à côté. Donc dès fois elle est fonctionnelle et technique en même temps. Dés fois elle est uniquement fonctionnelle. Donc quelles sont les pratiques au quotidien, à quel moment l'informatique doit être sollicitée , comment l'informatique est sollicitée aujourd'hui, vers quoi on veut tendre, quelles sont les contraintes terrains , quelle sont les contraintes informatiques ?, on formalise tout en fait et après on rédige le cahier des charges , on prend les éléments de l'analyse fonctionnelle on fait l'autocritique sur l'analyse fonctionnelle en disant bem oui ça on va reprendre, on veut demain avoir la même chose , ça bem non il ne faut plus que l'on pratique comme ça on voudrait faire ça. Où alors on veut faire ça aujourd'hui et on voudrait faire ça demain ».

Nous constatons que l'analyse fonctionnelle est un outil de travail tout comme le cahier des charges. Elle constitue un espace de communication pour discuter du fonctionnement d'un outil. Eventuellement l'analyse fonctionnelle « propulse » une situation de mise en relation, une opportunité d'être en interaction dans le processus de changement organisationnel et plus précisément technologique.

Globalement, tous ces artefacts font partie concrètement dans la coordination des actions que nous considérons comme un enjeu fondamental dans les nouvelles formes d'organisations.

Chapitre 6 Coordination organisationnelle et formes émergentes

6. 1 Cursus 3 et HM: quels enjeux de coordination pour quelle forme organisationnelle ?

Tel que nous l'avons souligné dans la partie introductive, la coordination est un enjeu fondamental dans les nouvelles formes d'organisation. Celles -ci se définissent comme étant des organisations en réseau dont leurs activités sont de plus en plus collectives et médiatisées par les technologies de l'information et de la communication.

Partant de notre terrain nous avons voulu apporter des éclairages sur la mise en place de deux logiciels notamment CURSUS3, qui a été implanté dans le service anesthésiste dont l'objet était non seulement de gérer la traçabilité sanguine mais aussi de permettre à la clinique la Sagesse de Rennes d'être en lien direct et en temps réel avec l'établissement français du sang. Dès lors, nous notons une sorte collaboration entre deux établissements qui se fait à travers CURUS 3. Une nouvelle forme d'organisation qui vient remettre en cause l'ancien système qui se faisait sur un support papier, et qui exigeait le déplacement d'un agent de la clinique auprès de l'établissement français du sang. Désormais, la clinique ne se déplace plus comme avant, aujourd'hui le travail se fait directement à travers CURSUS 3 comme l'indique l'infirmière référent anesthésiste que nous avons rencontré :

« Mes impressions sur CURSUS3 sont positives parce que c'est un outil simple, fiable, qui nous met en relation directe avec l'EFS qui passe par cursus 3; ça fait un lien informatique entre l'EFS et la clinique et ça c'est positif pour moi. Et aussi voilà on est passé du stade papier au stade informatique pour la saisie de tous les dossiers et je trouve ça très bien. C'est un outil fonctionnel, adapté ».

Nous voyons bien un changement organisationnel qui repose désormais sur CURSUS 3 et qui est très apprécié par les soignants qui sont composés de 11 infirmières anesthésistes et 11 médecins anesthésistes. Nous avons pu interroger tous ces soignants qui ont presque les mêmes impressions positives de cet outil. Dans le service anesthésiste CURSUS 3 l'outil est considéré comme un enjeu dans la gestion de la traçabilité. Et donc un outil qui vient renforcer leurs valeurs éthiques déontologiques qu'ils prônent dans leur métier. Ainsi nous

nous posons la question : comment CURSUS 3 parvient à répondre aux valeurs éthiques et déontologiques des soignants ?

Nous posons cette question pour tenter de comprendre la place de l'éthique dans les problématiques des technologies dans la santé. Nous l'avions déjà souligné dans notre chapitre 2. Ce que nous allons voir maintenant est comment CURSUS 3 a pu répondre aux attentes des soignants plus précisément à l'éthique clinique que ces derniers considèrent comme une priorité dans leurs pratiques.

Pour cela, nous nous sommes intéressés d'abord au processus de mise en place du logiciel CURSUS 3. En effet tel que nous l'avons souligné tout au long de notre travail, le potentiel d'une technologie repose sur une technologie en pratique, et non sur l'artefact technologique. En ce sens, la technologie en pratiques dépend très fortement de l'implication des utilisateurs en amont et en aval des personnes susceptibles d'utiliser la technologie. Nous posons ici un postulat que cette démarche marque un lien social entre les utilisateurs et la technologie. C'est ce lien social que nous allons étudier entre le logiciel CURSUS 3 et les infirmières et médecins anesthésistes.

Il convient alors de rechercher d'où émane la dimension sociale du logiciel CURSUS 3.

Selon les éléments de notre terrain : elle repose sur deux facteurs : la coordination en amont et la coordination en aval des actions

6.1.1 La coordination des actions en amont

S'agissant de la coordination des actions en amont, nous avons voulu comprendre auprès des personnes que nous avons rencontrées comment s'est déroulée cette forme de coordination. Notre terrain nous a révélé que CURSUS 3 est outil qui a fait objet de médiation entre les membres de la clinique avant sa mis en place. En effet dans le souci de gestion de traçabilité sanguine, il fallait mettre en place un outil adapté au métier anesthésiste pour répondre aux attentes d'un établissement qui met en avant la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, se pose le choix d'un logiciel fiable, efficace et intuitif. Dans cette étape de décision d'un outil, il s'agit pour la Clinique de mener une démarche inclusive afin d'associer toutes les personnes concernées et susceptible à utiliser l'outil.

Dans cette phase de préparation pour la mise en place de l'outil, deux éléments fondamentaux accompagnent cette étape qui sont notamment : préparation/sens/ participation. Nous allons

ainsi tenter d'éclairer mieux sur ces trois notions qui sont la pierre angulaire qui faciliter la mise en place de CURSUS 3.

Nous postulons que la préparation est intrinsèquement liée à la notion de sens. Car dans le cas de CURSUS 3, la notion de sens est perçue comme importante par les professionnels de santé ce qui préconise la mise en place le logiciel.

Le sens qui circule est associé d'une part à de nombreux dysfonctionnements entre le système papier et l'exigence de traçabilité ce qui préoccupe les acteurs de nos jours dans la gestion des transfusions sanguines. Donc il fallait faire face pour résoudre les problèmes transfusionnels. D'autre part, il fallait pour la clinique être en lien direct avec l'établissement français du sang qui représente l'établissement central des transfusions sanguines et France, dans le cas de la clinique la sagesse il s'agit de l'EFS Bretagne. Ainsi s'impose une nouvelle technique de travail en réseau.

La clinique Sagesse de Rennes étant une petite structure, elle a toujours comme objectif de s'ouvrir à d'autres établissements mais aussi de suivre l'innovation qui occupe le monde de la santé. C'est ainsi que dans cette première étape, le sens du logiciel est trop important pour les professionnels de santé en particulier les acteurs-décideurs en général. Cette notion de sens constitue à notre avis le principal élément qui lie les différents acteurs au logiciel. Les acteurs qui s'activent autour de changement organisationnel ainsi que les futurs utilisateurs ont compris le sens de mener le changement comme le souligne la responsable des systèmes d'information de la clinique

« L'innovation dans ce projet c'est qu'on va être en lien direct avec EFS. Il n'y aura aucune ressaisie, donc l'EFS nous envoie des poches de sang et la clinique renvoie la traçabilité directement à l'EFS. En fait on est en lien direct. On est en interface directe en fait et aller retour avec l'EFS, donc en temps réel ils ont l'information des personnes qui sont transfusées et de tous les incidents liés aux poches de sang. Donc s'il y'a une poche de sang qui a été déconditionnée qui a un souci quelconque, un non respect de la température ou peu importe, qui doit être retirée du circuit, ils en ont l'information. Donc voilà on est toujours sur la traçabilité. Donc c'est optimiser la traçabilité et la sécurité en fait.

Pour quoi on a choisi ce logiciel plutôt qu'un autre : déjà il assurait la traçabilité, il répondait au cahier des charges d'EFS, mais en plus il est très sécurisé. Donc il y'a un certains nombres d'alertes pour l'utilisateur pour s'assurer qu'on est bien avec le bon patient, la bonne poche de sang. Voilà donc, il a été validé par les soignants ici et vrai que c'est celui qui a montré le plus d'aptitude par rapport à leur besoin »

Nous voyons bien le sens qu'incarne le logiciel qui se traduit par une bonne coordination aussi bien dans le processus de décision que la manière de prévoir le déroulement des actions à travers le logiciel. Ce témoignage montre qu'il existe une harmonie entre les attentes de l'EFS et les préoccupations des professionnels de santé, car tous deux ont compris le sens de l'outil.

L'autre volet qui justifie le sens de l'outil repose sur un projet de changement technologique qui émerge des utilisateurs tel que nous l'indique une infirmière

« Le projet de changement peut émerger des utilisateurs qui connaissent leurs métiers. Car le logiciel il faut qu'il réponde à un besoin des utilisateurs. Qu'il soit conforme à leurs pratiques de travail. Et puis qu'il soit techniquement instalable et maintenable. Par ce qu'effectivement pour le service en informatique il faut qu'on soit sur des technologies que l'on maîtrise en interne. Et puis qui s'inscrivent bien dans notre essayage en fait qu'ils communiquent bien avec les autres logiciel et donc un certain nombre de pré-requis qui étaient nécessaires.

Ce témoignage nous montre le sens sur l'usage de la technologie. Donc les soignants ont compris qu'il ne s'agit pas d'innover juste pour répondre à une demande d'une tutelle (EFS) mais qu'il faut savoir utiliser l'outil tel que l'ont longtemps défendu les auteurs de la sociologie des usages. Dans le cas ici qui concerne la santé, nous pouvons notamment citer Francine Fiore (2006) qui souligne que :

« L'informatique n'est pas un outil administratif mais un outil clinique. On y retrouvera les renseignements dont le médecin a besoin rapidement pour prendre ses décisions. Ceci permettra de réduire les pertes de temps car on sait que certains examens sont répétés parce que le rapport n'est pas disponible au moment où on en a besoin.» (Fiore, 2006 p 6)

Ces propos nous laissent comprendre que le sens d'une technologie repose essentiellement sur l'activité des professionnels de santé. C'est dans cette logique que CURSUS 3 a été adapté dans les pratiques anesthésistes.

Donc si nous évaluons la coordination des actions du logiciel dans sa première étape nous pouvons dire qu'elle est très liée au sens que les acteurs accordent à l'outil et le sens partagé a facilité la mise en place de la technologie.

Voyons maintenant son appropriation par les utilisateurs.

6.1.2 La coordination des actions en aval

Après avoir souligné la notion de sens qui est importante dans un changement technologique dans le milieu de la santé, nous allons maintenant voir l'autre aspect qui opère pour une implantation facile de la technologie. Il s'agit notamment de la notion de « participation ».

Comme le sens, la préparation est inséparable à la participation. En effet, notre étude porte sur les réformes de la santé, et celles-ci incarnent pour les professionnels de santé des dimensions politiques, économiques, financières, bref une certaine idéologie capitalistique qui suscite parfois la réticence des utilisateurs. C'est dans ce sens que nous pensons que la participation des utilisateurs au processus décisionnel est un enjeu fondamental dans la coordination des actions. D'autres auteurs avant nous ont souligné l'importance de cette notion dans les problématiques de la santé. Nous pouvons citer notamment Diane. L Demers qui éclaire sur ce concept :

« Le processus d'élaboration et de prise de décision dans le cadre du réseautage de l'information de santé revêt une importance cruciale dans l'objectif de favoriser l'acceptabilité et l'utilité sociales des projets politiques. De nombreux spécialistes s'entendent pour dire qu'en y associant les individus et groupes concernés, il est possible de contribuer non seulement à une meilleure appropriation des technologies, mais également à un arrimage plus adéquat avec les réalités pratiques du milieu, voire à un développement socialement plus utile. Au-delà de tout argument utilitariste, une autre raison fait de l'association des acteurs concernés un impératif éthique : l'obligation d'assumer les coûts, les bénéfices, les implications et les effets des décisions clés donne minimalement le droit de savoir et, plus fondamentalement, le droit d'y avoir son mot à dire » (p,168)

L'auteur considère la participation comme moyen de favoriser l'acceptabilité et l'utilité sociales de l'informatisation de santé.

Voyons maintenant ce que notre terrain nous apprend sur cette notion de participation. En s'appuyant toujours dans le cas de CURSUS 3, nous allons voir comme cette notion a permis de favoriser son acceptabilité. Dès lors il s'agit pour nous d'étudier la démarche de la clinique. C'est ce que nous avons fait en nous intéressant à la coordination des actions, à la façon dont elle est déroulée dans le processus de changement organisationnel avec ce logiciel.

Selon les éléments de notre terrain, l'implantation de CURSUS 3 repose sur une dynamique de participation qui s'est appliquée aussi bien en amont qu'en aval. Ainsi nous avons vu plus haut avec CURSUS 3, que le sens que l'outil incarne est important. C'est ce qui fait que les utilisateurs sont convaincus et du bien fondé de l'initiative de l'EFS, et de la direction de la Clinique qui sont les principaux acteurs décideurs. La démarche de ces derniers a joué un rôle important dans la perception des problèmes et des besoins chez les utilisateurs.
Voici les propos d'une infirmière qui nous explique ce qui à favoriser l'acceptabilité de CURSUS 3 dans leurs pratiques :

« Moi j'étais mise au courant par Cursus parce que, je savais que ça allait devenir un outil obligatoire. L'informatisation de la transfusion sanguine je savais c'était obligatoire donc que moi et le médecin anesthésiste qui est le responsable de la transfusion de la clinique on a été sensibilisé lors d'un congrès de transfusion sanguine et donc je pense que c était conjointement qu'il fallait un jour mettre cet outil en place. Lors des congrès en fait on est allait voir plusieurs laboratoires et puis on a proposé à la direction différents laboratoires différentes entreprises et puis chaque entreprise est venue faire un exposé, montré à la direction , au médecin responsable de l'hémovigilance et moi-même , aux informaticiens et puis après le choix s'est sur les différentes propositions C'est CURSUS 3 qui a été retenu essentiellement par la direction, le médecin anesthésiste et puis certainement la partie informatique et puis nous aussi nos avis mais c'est quand même la direction qui a fait le choix. Donc une fois que s'est retenu, effectivement petit à petit tout le personnel a été mis au courant que l'outil serait bientôt implanté. Quand la décision a été prise, il y'a eu d'abord des formations faites par les gens de CURSUS 3. La formation a été faite par moi-même aux deux médecins anesthésistes Hémovigilance et moi-même donc à nous trois, aux responsables informaticiens, il y'avait une cadre infirmière et puis après çà était mis en place, toutes les surveillantes ont été formées même par le personnel de CURSUS 3 et elles ont formées toutes les infirmières. Donc c'était vraiment par compagnonnage. Et puis un jour on s'est dit ça y est »

Nous voyons bien à travers ce témoignage une perception des problèmes de la part des utilisateurs qui les incitent à s'associer et à participer aux actions afin de mieux satisfaire leurs besoins concernant les transfusions sanguines. Donc nous pouvons dire que la démarche participative dans ce cas ci a permis le succès de CURSUS 3 même s'il est encore trop tôt de mener une évaluation de l'outil dans les pratiques. Ici le succès dépend fortement des perceptions de l'intérêt du dispositif. Cette étape de préparation repose essentiellement sur la

participation de l'ensemble des acteurs, qui vont décider ou qui vont utiliser l'outil. En sens, nous soulignons un soutien réciproque entre les acteurs, et une évolution des mentalités dans les rapports souvent délicats entre acteurs-décideurs et professionnels de santé, qui génèrent souvent des blocages insoutenables dans les phénomènes qui concernent les changements technologiques dans le milieu sanitaire.

Par conséquent, la démarche participative s'avère propice pour les soignants car elle a permis d'aller au-delà d'un déterminisme technologique, et d'aller à la découverte du logiciel. Un congrès a été organisé avec des professionnels qui ont déjà utilisé l'outil ou qui envisagent de le faire. Ils ont été encore fortement en contact avec les laboratoires qui sont des structures de transfusion sanguine, ils ont été en contact également avec les informaticiens. Nous pensons que leur préoccupation et priorité principale était surtout de sortir de l'emprise des experts.
En effet en procédant de la sorte, nous soulignons en ce sens que ce n'est pas l'expertise politique, l'expertise économique, l'expertise technologique, bref toute action engagée sur la base unique de ces expertises dominantes, mais plutôt une expertise sociale qui est souhaitée, mettant en avant facteurs humains et sociaux.
Comprendre l'outil consiste à réfléchir davantage sur la réalité de l'outil et sa faisabilité. D'où le fait de participer à des congrès et d'obtenir l'avis d'autres experts différents de ceux qu'ils ont l'habitude de côtoyer. Nous pensons que cette démarche tend vers une valorisation des apports externes pour concevoir l'outil.
Ainsi, sommes-nous dans une prise de conscience totale de la valeur des facteurs humains et sociaux ?
Selon les éléments soulignés à travers ce témoignage, nous pouvons encore souligner que la participation des professionnels de santé démontre deux aspects :

- la mise distance de la dimension technologique : les professionnels mettent en doute la réalité observée. Ils sont désormais capables de s'interroger sur la réalité, ils sortent également d'une emprise des experts informatiques et tentent de faire partager à ces derniers un espace commun.
- La considération de la dimension humaine et sociale : l'ouverture des acteurs-décideurs vers les autres acteurs pour connaître leurs avis laisse entrevoir une considération forte au facteur humain et social qui a était souvent considéré comme sources d'échec.

  Nous voyons un nouveau enjeu dans la problématique des technologies de santé, à savoir la question de l'interdisciplinarité des professionnels de santé, qui répond aux attentes des nouvelles formes d'organisations induites par les technologies. Ceci montre une nouvelle

donne pour le professionnel de santé qui ne se résume plus à gérer uniquement son rôle de soigner des patients. Ils sont désormais dans la gestion de la qualité d'un produit pour mieux asseoir son bon fonctionnement.

Par extension, ces deux aspects qu'on vient de présenter caractérisent une rupture dans la façon de conduire un projet dans le domaine de la santé. Ils tendent à montrer que l'emprise des interactions dans les processus décisionnels restent très positive, et relativise certaines préoccupations qui relèvent des actions dominantes. Ainsi nous pensons comme Diane L. Demers, François Fournier, Marc Lemire, Pierrot Péladeau, Marie-Claude Prémont, David J. Roy 2004 que :
« Tout processus d'innovation est l'occasion de confrontations entre rationalités, valeurs et intérêts divergents » (p, 170).

Nous pouvons mettre en pratique de tels propos avec le cas de CURSUS 3 et le témoignage ci-dessus peut le vérifier. Dans le changement organisationnel qui porte sur CURSUS 3, c'est la participation des personnes qui prédomine, ce qui a permis selon les professionnels de santé la bonne coordination des actions lors de sa mise en place dans l'établissement, mais aussi la coordination avec l'établissement français du sang.
En ce sens nous avançons comme ces auteurs :
« L'intersubjectivité et l'interaction sociale entre les acteurs concernés doivent être vues ici comme une source féconde d'enseignement et une condition de gouverne adéquate. L'association des acteurs concernés facilite une plus juste compréhension » (p.170).

Nous pouvons considérer dès lors que contrairement à la réglementation, aux procédures, aux règles, bref toutes normes régulatrices deviennent contraignantes pour mener à bien un projet. En ce qui concerne notre étude sur CURSUS 3, nous pouvons qu'affirmer que même si le changement organisationnel vient d'une tutelle, force est de reconnaître aussi que les normes ont été remodelées dans les interactions, et c'est ce qui a permis la mise en œuvre très rapide et sans aucune contrainte de l'outil dans les activités anesthésistes.

Par extension, nous pensons que cette démarche de participation, de démonstration de sens sur l'outil, de préparation, met en avant la participation et s'avère adaptée aux principes éthiques.

6.1.3 La participation comme exigence éthique

Toujours dans l'étude des enjeux de coordination dans le cas de CURSUS 3, nous mettons en évidence que la participation est une exigence de l'éthique. Nous tenons à montrer ceci dans cette partie. En effet, nous avions longuement montré dans le chapitre 2 les différentes formes d'éthiques. Nous avons mis en relief l'éthique clinique qui comme son nom l'indique, repose essentiellement sur les décisions à prendre pour les soins des patients. Ici les prises de décisions dépendent fortement des soins afin de mener un service de qualité de soin optimal. La participation de tous les soignants susceptibles de gérer le patient pendant sa maladie. Ainsi la participation de chaque acteur révèle une démarche de précaution, de prudence dans la coordination des actions. Or, il faut néanmoins souligner que ces principes de précaution que les professionnels ont longtemps défendus se faisaient sur un autre système qu'ils appellent tous : « la traçabilité papier ». Ce système papier a toujours incarné ces principes de précautions, de valeurs éthiques.

Seulement aujourd'hui , il devient nécessaire pour l'organisation de santé de se réformer pour être conforme aux réalités des organisations modernes. En ce sens, nous pensons qu'il doit avoir un prolongement du système papier qui devient désormais le système électronique. Ce dernier doit aussi suivre l'éthique clinique qui était au cœur du système papier. Pour ce faire, seule une démarche de participation semble évidente pour respecter les considérations proprement éthiques. Et pour certains auteurs, la participation n'est rien d'autres que de solliciter la contribution des acteurs concernés tel qu'il est souligné dans ces propos qui définition la participation ainsi :

«Fait d'associer au processus d'élaboration ou de prise de décision les acteurs concernés par le changement au sein d'une organisation ou d'un milieu plus diffus, comme une région, de façon à solliciter leur expérience, leurs connaissance et leurs points de vue et ainsi éclairer la décision et accroître sa justesse, du moins sa légitimité » (Diane L. Demers, François Fournier, Marc Lemire, Pierrot Péladeau, Marie-Claude Prémont, David J. Roy 2004,p 171).

Donc nous pensons que les enjeux de coordination dans les problèmes face aux nouvelles techniques de travail des organisations de santé, sont nécessairement des enjeux éthiques. La coordination qui repose sur la participation de tous les acteurs a comme priorité de fédérer des solutions d'une dimension éthique. Par conséquent pour répondre aux questions de coordination qui se posent au niveau des nouvelles formes d'organisation avec les technologies, nous pouvons défendre l'idée selon laquelle, la notion de coordination ne se résume pas en la technologie mais elle se résume dans la participation de tous les acteurs.

Nous justifions ainsi notre idée à travers les éléments de notre terrain qui sont donnés par une infirmière qui utilise CURSUS 3 et que nous avons rencontrée :

«Il existe une coordination entre les acteurs de la clinique qui utilisent CURSUS et avec l'EFS et même avec les patients. En effet avec les patients reçoivent un courrier comme quoi ils ont étaient transfusés et que donc ils ont un bilan sanguin à faire et ça c'est la secrétaire qui envoie ça. Une fois que moi je saisis tous les dossiers, la secrétaire elle est responsable aussi de la transfusion sanguine elle envoie un courrier à tous les patients qui apparaissent sur CURSUS qui ont été transfusés elle les envoie un courrier leur expliquant qu'ils ont été transfusés : à tel date et donc un mois après ils vont faire un bilan sanguin. Donc c'est la secrétaire qui les envoie par courrier »

Nous soulignons ainsi une coordination forte qui met le patient au cœur du dispositif (CURSUS 3). Une coordination qui repose sur la participation des acteurs en l'occurrence le patient, et qui (la participation) suscite un consensus sur les orientations fondamentales à prendre de façon collective pour protéger l'intérêt de chaque acteur et pour accroître la légitimité de l'initiative de changement technologique dans les pratiques.

Ainsi, pour répondre à la question qui est le titre du chapitre c'est –à-dire les enjeux de coordination : quelle forme émergente ? Nous pouvons tenter de répondre à cette question en considérant que dans cette étude qui concerne CURSUS 3, la forme organisationnelle est celle de la participation qu'on considère comme source d'apprentissage et de créativité. Nous y reviendrons dans les prochaines lignes. Ce que nous allons voir à présent c'est la stratégie mise en place par la clinique pour susciter la participation de tous les acteurs.

6.1.4 Forum Hémovigilance : un moyen d'intéressement

Nous assimilons ce concept de forum Hémovigilance comme une métaphore et non comme une culture ou une norme dans la clinique. En effet, l'idée d'un forum Hémovigilance émerge des salariés eux-mêmes qui connaissent leurs besoins auxquels, les personnes concernées coordonnent leurs actions et exposent les éventuelles difficultés qui pourraient se poser suite à la mise en place de Cursus. Cela est illustré par des propos suivants, émanant de personnes différentes :

« L'idée d'un forum pour gérer les retours négatifs à l'égard d'un système d'information était une grande première pour la clinique La Sagesse. Donc c'est une question que l'on s'est

posé, on a vu avec l'ensemble des référents de chaque service pour voir s'il y'avait des dérives sur l'utilisation du logiciel »

« Le but du forum c'est surtout on laisse notre avis, on a des questions et des réponses, tout le monde peut les voir. L'idée est bonne »

« C'est vrai que là tout a été bien pensé au niveau de la mise en place. Pour intéresser les gens il faut mettre en place de nouvelles techniques de travail et là c'est vrai que ça était bien pensé. Car les formations sont courtes et c'était trop compliqué en général ça permet la communication entre les soignants. C'est ce qui fait le succès de CURSUS 3 »

Ces témoignages mettent en évidence que c'est dans les interactions entre les acteurs, encore une fois, que les actions se construisent. Cet apprentissage organisationnel à travers ce forum, vient bouleverser une partie des pratiques anciennes de la clinique qui reposaient sur la formation. Cette dernière telle que la souligne l'infirmière référent informatique n'était pas suffisante pour une bonne compréhension du logiciel.
Ainsi nous pensons que les relations que les acteurs entretiennent sur le forum prolongent un processus interactionnel et communicationnel et repose sur une dynamique coopérative.
Cette nouvelle pratique modifie la gestion des situations. En effet, ce forum Hémovigilance devient une situation donnée où les individus partagent leurs difficultés et expriment leurs retours d'expérience afin de mieux coordonner leurs actions et de mieux gérer le changement organisationnel. Nous le considérons également contrairement à la formation comme un phénomène collectif qui relève d'une compétence des acteurs susceptible de traiter certains problèmes à travers des moyens de communication.

Nous croyons comme Callon & Latour que l'humanisation d'un objet est un moyen d'intéresser les gens autour d'un projet de changement organisationnel. Ainsi, cette façon d'intéresser les acteurs ne repose pas sur des solutions toute faites et des moyens prévisibles de gestion efficace, mais se fonde sur l'ensemble des comportements et des avis qui définissent leur identité. Nous pouvons illustrer ceci par le forum Hémovigilance actuellement un support de négociation d'écoute et de dialogue et qui constituent des modalités centrales dans le changement organisationnel. Donc il ne s'agit pas juste d'instaurer et d'importer des normes dans l'organisation pour les intéresser, mais plutôt de faire en sorte que ces normes soient co-construites.

Ainsi voici les propos recueillis :

« La clinique prône la dimension humaine. On choisit avec les utilisateurs. On est différent de l'hôpital ».

La mise en place du logiciel CURSUS 3 repose sur une notion stratégique qu'on appelle l'hémovigilance qui comme nous l'avons souligné est un processus d'intéressement, de mobilisation mais également l'hémovigilance est un dispositif de métaorganisation c'est-à-dire une organisation qui repose sur un faisceau de relations avec les membres qui la composent pour discuter sur l'avancement de celle-ci. Dans notre cas ici, il s'agit d'une discussion entre les utilisateurs concernés pour préparer au changement organisationnel. Donc l'idée de « métaorganisation » nous renvoie à l'idée préparation. Ainsi nous considérons la notion de préparation comme proche du concept de négociation. En effet, afin de négocier la mise en place efficace du logiciel CURSUS 3, la Clinique a mis en amont des outils de communication tels que les forums de discussion. L'objectif était d'attirer l'attention sur la vigilance collective sur les transfusions sanguines.

Nous l'avons noté avec les consignes d'un médecin :

«Le but était que tout le monde ait les mêmes informations. Et c'était une proposition même d'un utilisateur. Je crois qu'il faut prendre le développement des systèmes d'information par une proposition qui peut venir d'un quelconque employé… Il ne faut pas que soit unilatéral ».

A travers ces propos nous avons pu souligner trois éléments essentiels : d'abord nous avons compris que l'implantation d'une technologie dans une clinique est différente de celle de l'hôpital. Au niveau de la clinique la dimension sociale d'une intégration technologique est mise en avant car les rapports hiérarchiques sont discutés et négociés, comparé à l'hôpital qui fonctionne plus par des stratégies très directives dans ce domaine. Nous avons ensuite noté pour l'implantation d'une technologie il faut qu'il y ait du sens, pour susciter l'adhésion des individus. Le sens repose sur deux notions : Vigilance et traçabilité.

Ces propos nous montrent aussi que le sens peut émerger dans le groupe ou d'un individu (ici d'un utilisateur). Ceci grâce à des stratégies de communication mises en place pour comprendre d'abord l'intérêt collectif qui tend vers le consensus.

L'exemple ici qui part sur une idée venant d'un utilisateur montre comment cette logique de changement modifie les relations de pouvoir et valorise la communication. Le changement est ici tel que le rappelle Nicole Giroux :

« Un changement comme un phénomène naturel, émergent et communicationnel » (Giroux 2010).

Ainsi à partir des stratégies de communication, le sens émerge des interactions entre les individus qui vont partir sur des valeurs (dans notre exemple ci-dessus les valeurs reposent sur la vigilance, la traçabilité) qui les unissent et qui vont identifier des zones communes qui leur permettent d'avancer sur un même objectif. Ainsi nous croyons comme Weick que le changement émergent (le changement continu, émergent et souvent bottom-up) est universel et on le trouve partout dans l'organisation. Selon Weick, ce changement émergent est très différent de la notion de changement comme projet qui vise la performance et considère la notion de projet comme difficile et qu'il faut faire recours à des discours rhétoriques et de cadrages pour réaliser le changement.

Dans l'exemple sur notre terrain de recherche, nous considérons que le changement organisationnel s'inscrit dans une démarche très naturelle qui met en avant des outils de communication c'est-à-dire la négociation des objectifs et des pratiques. Dans ce sens, le changement devient un processus de négociation (sensemaking et sensegiving) : un changement émergent (bottom-up) dans le feu de l'action (Weick) par opposition : changement épisodique (planifié, délibéré et top –down).

Ainsi pour terminer ce point, nous ignorons la notion de pouvoir et de contrôle que l'on pourrait observer dans ce changement organisationnel qui concerne le logiciel CURSUS 3. En effet, le pouvoir même si il existe dans ce projet, se manifeste de façon très subtile. L'idée de mettre en place un logiciel vient de l'Etablissement Français du Sang qui décide de réglementer les transfusions sanguines en mettant des outils pour assurer la traçabilité et la sécurité du sang. Donc l'idée de mettre en place le logiciel est imposée par l'établissement français du sang. Ce dernier impose aux établissements de santé de respecter la réglementation en préconisant les logiciels pour ces établissements de santé. Cependant, au niveau de la clinique la sagesse, le choix du logiciel revenait aux acteurs qui se sont réunis pour discuter sur un logiciel qui sera adapté à leurs pratiques de travail.
Ainsi, nous allons montrer dans la section suivante que le déroulement d'un projet technologique varie d'un outil à l'autre.

6. 2 HM : un logiciel controversé

L'étude de la notion de controverse dans l'implantation d'HM dans les auteurs pratiques de travail au niveau de la clinique nous offre une opportunité de saisir tout le processus de la

mise ne place de l'outil. Lors de nos premières enquêtes de terrain, nous avons noté des contestations de la part des médecins anesthésistes qui selon eux l'élargissement d'HM dans leur pratique serait inutile et que pour ces médecins l'idée d'innover leurs activités serait une véritable révolution.

Ce sentiment de révolution est aussi noté par un infirmière référente informatique qui considère que ce sont les médecins qui sont presque à une année de la retrait qui ne voyaient pas la nécessité d'ouvrir ce système dans les métiers des anesthésistes, et souvent ils sont des novices dans ce domaine raison pour laquelle ils préfèrent travailler avec le papier.

Ces préoccupations et besoins, soulèvent des controverses et des positionnements très différents même au niveau des acteurs qui exercent les mêmes activités.

6.2.1 HM : contradiction/ tension

Hôpital Manager est implanté à la Clinique La Sagesse depuis 2007, et concerne uniquement les soins. Son élargissement sur les prescriptions des anesthésistes a eu lieu le 29 août 2011. C'est en effet l'élargissement d'HM au niveau des activités anesthésistes qui nous oblige à mobiliser la théorie de l'activité. Celle –ci suggère des concepts qui permettent de décrire l'activité et son évolution (Groleau &Mayère, 2007, p. 150).

Notre choix concernant la théorie de l'activité se justifie également du fait nous abordons la problématique du changement dans notre étude, et que cette approche est orientée dans la compréhension du changement (Licoppe, 2008). Ainsi tel que nous l'avons souligné plus haut, la théorie de l'activité permet d'éclairer sur les tensions et contradictions qui apparaissent dans l'activité dans un contexte de redéfinition de celle-ci. Dans notre étude nous pouvons illustrer par le cas d'HM.

Nous utilisons la pensée d'Engeström afin de mieux expliquer notre choix. Cet auteur propose d'appréhender l'activité à travers les concepts d'outils (à la fois entités matérielles et psychologiques), le sujet, l'objet (orientation de l'activité), règles, communauté de travail et division du travail. Selon cet auteur, les sujets et les objets sont reliés mutuellement et constituent les principaux composants auxquels : règles, communauté de travail, division du travail dépendent. Il insiste sur la dimension collective dont détient l'objet susceptible de

définir l'activité. Ainsi c'est dans l'actualisation de l'activité, qu'interviennent les règles, la communauté et la division du travail.

Dans ce même esprit, l'objet ou Visée (Licoppe, 2008) repose sur trois niveaux qui permettent à l'activité de faire système selon Licoppe. Il s'agit notamment de celui de l'activité individuelle ou collective, celui des actions intermédiaire et celui des opérations.
Selon nous, ces trois niveaux peuvent être respectivement le niveau macro qui concerne la communauté définie comme des groupes d'individus qui influencent le déroulement de l'activité (Groleau et Mayére 2007, p.151). Si nous faisons le lien avec notre terrain, le niveau macro peut être comparé aux administrateurs qui prennent les décisions d'actualiser le système ou plus précisément d'élargir le système d'information HM dans les pratiques anesthésistes. Le niveau méso ou encore le niveau intermédiaire dans notre étude il va porter sur le rôle des administrateurs et des acteurs professionnels fédérateurs dans la redéfinition du système. Nous le comparons avec le concept de règles qui déterminent les relations entre les acteurs moteurs et les administrateurs. Cependant il est important de noter comment les règles ont été faites afin de mieux expliquer ce changement. Le niveau micro qui constitue celui des opérations (Licoppe, 2008) c'est-à-dire celui des activités fait appel à la fois au niveau macro et méso pour mieux définir l'activité. Ceci repose sur deux questions principales : Pourquoi redéfinir les systèmes HM ? Quels sont les problèmes que cela soulève au niveau de l'activité ?
Nous voyons bien que la dimension collective qui caractérise notre objet et qui repose sur les trois niveaux pour mieux décrire l'activité. Notre objet (HM) qui oriente l'activité, nous la comparons ici par le terme Visée utilisé par Licoppe pour mieux souligner les intensions entre les différents acteurs dans l'intégration d'HM. Ce dernier en tant que technologie devient l'un des composants spécifiques de l'activité entraînant ainsi des transformations de celle-ci.

Groleau & et Mayére dont nous nous inspirons largement pour justifier notre positionnement à la théorie de l'activité expliquent dans les lignes qui suivent que : *« Par ce qu'il intègre, l'outil place l'activité dans un cadre spatio-temporel qui dépasse la situation immédiate »* (Groleau &Mayére 2007, p. 151). Nous soulignons par là, le caractère révolutionnaire de la technologie susceptible de déterminer le comportement des acteurs. Ainsi pour sortir ce déterminisme technologique, la théorie de l'activité définit la technologie en tant qu'objet qui joue un rôle de médiateur en entre les sujets.

C’est cette perspective qui différencie la théorie de l’activité aux autres théories comme par exemple la théorie de l’acteur réseau de Callon& Latour. Dans ces deux théories, la place des "artefacts", objets est prise en compte, mais dans la théorie de l'activité d'Engeström, les artefacts ne sont pas traités sur le même plan que les humains (contrairement à Latour), mais ils jouent le rôle essentiel de médiation entre le sujet de l’activité et l’objet visé par celle-ci (Licoppe, 2008, P. 291).

Dans ce sens, nous considérons que la médiation est intrinsèquement liée à la reconfiguration de l’activité car nous supposons en effet qu’une telle reconfiguration ne peut se dérouler sans soulever des tensions qui découlent des contradictions des acteurs. De toute évidence, la notion de contradiction est importante ici étude. Car nous abordons une thématique qui évoque deux logiques : d’une part, la logique de gestion et d’autre part, la logique professionnelle, ainsi ces deux notions s’opposent perpétuellement conduisant ainsi à ce que Engeström nomme : contradiction primaire considérée comme une contradiction latente et impossible à résoudre (Groleau et Mayère 2009, p.3).

Les oppositions dans la mise en place d’un système d’information reposent sur deux logiques en constante tensions et contradictions. Il s’agit de la logique de gestion et de la logique professionnelle. En effet, dans le milieu de la santé, certains auteurs affirment qu’il s’agit d’une contradiction primaire et donc difficile à résoudre :

« Le milieu médical est confronté à une contradiction primaire qui oppose d’un côté l’accès limité aux ressources, et de l’autre côté, la conduite d’une activité professionnelle qui nécessite des moyens en quantité et qualité afin de prodiguer des soins pour alléger la maladie » (Groleau &Mayère 2009, p. 4).

Nous voyons bien que la confrontation entre une logique économique qui repose sur une réduction des coûts et d’une logique professionnelle qui repose sur la qualité de soins. Ainsi ces deux logiques font émerger des contradictions dans la mise en place d’un système information, donnant ainsi aux projets technologiques dans la santé le caractère ambigu et incongru. Le changement induit par les technologies dans la santé semble être dérisoire dans ce contexte nous pouvons justifier ceci à travers les propos de la responsables des systèmes d’information recueillis sur le terrain :

« Les oppositions dans la mise en place d’un système d’information sont possibles. Là on est entrain de mettre en place HM (prescriptions et soins) et effectivement là les derniers retours médecins sont très mauvais. Pour eux, il ne s’agit pas d’un logiciel métier et donc pour eux, ce n’est pas conforme à leur pratique médical »

« On est tenu par le réglementaire donc la certification en novembre, on est tenu au moins un service en place. Donc on a un calendrier à respecter. Donc, donc voilà. Maintenant on a toujours des utilisateurs qui peuvent être réticents hein ! Les anesthésistes ressentent l'arrivée de ce logiciel comme une contrainte que autre chose. Après on va être sur un circuit des médicaments donc on va dire des soins, donc il faut qu'ils voient en fait, les avantages qu'ils vont en tirer. Pour l'instant, ils ne les voient pas forcément bien »

A travers ces témoignages nous justifions la notion de contradiction primaire qui se traduit ici par l'opposition des anesthésistes à l'égard de logiciel HM qui doit intégrer leurs activités. La notion de réglementation fait en effet que les anesthésistes ne perçoivent pas l'utilité d'HM. Mais comme une contrainte dans leurs activités.

Orlikwoski (1996) propose *« d'examiner la technologie ni comme une entité matérielle, ni comme une construction sociale mais plutôt comme une série de contraintes et d'habiletés réalisées dans l'action »* (Groleau 2000, p 4/5).

Dans ce contexte, notre principale préoccupation dans ce travail est d'étudier la stratégie de la clinique afin de mettre en place l'outil.

6.2.2 Intéressement : savoirs et connaissances dans les interactions

Comment la direction va-t-elle intéresser les utilisateurs autour de ce logiciel trop controversé en amont. Va- t- elle procéder par des processus d'apprentissage pour faire comprendre aux utilisateurs logiciel ? Nous avons posé cette question pour prolonger notre réflexion sur la notion de savoir et de la connaissance, qui définissent les organisations modernes. Ces deux notions s'appuient sur l'apprentissage entre les membres de l'organisation. La clinique va- t-elle s'inscrire dans la démarche d'organisation apprenante afin de comprendre les difficultés des utilisateurs et de les résoudre pour faciliter utilisation de l'outil dans les pratiques. Nous avons posé plus haut qu'Orlikwoski défend l'idée selon laquelle : les savoirs et les pratiques sont constitutifs (Orlikwoski, 2002), dans cet esprit nous pensons que les savoirs qui sont ancrés dans ce logiciel doivent répondre aux pratiques.

Dès lors, il ne s'agit plus des savoirs explicites complexes, mais de savoirs remodelés dans les interactions qui vont créer de nouvelles connaissances tacites. Nous considérons que ce sont ces connaissances tacites qui vont permettre d'améliorer la performance de l'organisation.

Dans ce sens nous justifions davantage notre positionnement théorique qui considère que :

« L'apprentissage organisationnel est considéré comme une pratique discursive qui se produit dans des réseaux au sein de relations de savoir/ pouvoir qui influencent la subjectivité des acteurs. Les chercheurs de la perspective processuelle ou constructionniste voient l'organisation comme un système de savoir, distribué. Pour eux, le savoir n'est pas qu'échangé, mais il est aussi crée par les membres de l'organisation en situation. Il s'agit d'une pratique sociale et langagière. Il émerge dans les interactions au sein de collectifs auto-organisés qui ont été qualifiés de « communautés de pratiques » (Giroux, 2006).

Ceci peut se justifier sur le comportement du deuxième prestataire face aux utilisateurs d'HM :

« on a eu un prestataire, une entreprise extérieure qui avait l'expérience de la formation du personnel sur cet outil qui est venu en fait nous accompagner et alors là, je dirai que là sur le plan de la discussion c'était beaucoup plus intéressant, beaucoup plus efficace depuis qu'on a ce prestataire qui est très bien et qui est très présent pendant le déploiement initial, c'est – à dire lorsqu'on a commencé à utiliser l'outil de prescription au moment où il a été déploiement dans les services (les anesthésistes sont concernés par l'outils de prescription, et les chirurgiens l'outil de soin donc sur HM se font les deux activités). On a voit une présence quasi quotidienne de ce prestataire qui était là présent et qui était prés à répondre à toutes les questions ».

Ceci nous de remettre en cause les autres perspectives qui ont une autre vision concernant la distribution des savoirs dans les organisations. Nous faisons allusion notamment à la vision fonctionnaliste les chercheurs conçoivent :

« *L'environnement comme une source de données objectives que l'organisation peut acquérir, traiter, analyser et transmettre via des messages dans ses réseaux de communication »* (Giroux, 2006).

La question est de savoir comment les structures interagissent, et doivent coopérer entre elles.

Weick propose de mettre l'accent sur le fait que les savoirs émergent dans l'action :

« C'est l'action qui mène à la compréhension » (Giroux, 2006).

Dans notre terrain, nous ne pouvons pas justifier ce postulat à travers le comportement du premier prestataire, ses actions n'ont pas permis aux utilisateurs de comprendre le logiciel, ce qui a conduit la direction à faire appel à un deuxième prestataire d'une autre structure et qui a voulu interagir avec les utilisateurs en répondant à toutes les questions et n'étant très proche d'eux. Un comportement qui permet d'obtenir des zones d'accords avec ces collaborateurs.

Dans le processus de la mise en place d'HM, la notion de domination concernant la transmission des savoirs a été relativisée par le deuxième prestataire. Dès lors, ces moments d'apprentissage ne repose plus sur une idéologie d'un groupe de dominants mais plutôt sur des groupes qui tentent de négocier avec des partenaires. Nous définissons par là une logique de partenaires gagnant-gagnant. Donc nous rejetons toute domination que les décideurs veulent exercer sur les utilisateurs. Car, ces décideurs en remplaçant le premier prestataire qui ne répondait pas aux besoins des utilisateurs, ont voulu négocier avec ces derniers. Donc nous nous positionnons autrement que dans une perspective de critique idéologique qui considère que :

« L'apprentissage organisationnel est considéré comme l'idéologie de groupes dominants » (Gherardi, Nicolini, 2001). Nous considérons que dans notre cas ici, la notion de domination ne prédomine pas dans la façon de faire des dirigeants (la direction) dans les situations qui concernent l'attribution des savoirs aux utilisateurs d'HM. Dans cette perspective, nous ne considérons pas le savoir comme étant source de pouvoir, mais source d'expérience dans la façon de collaborer avec les personnes. La notion d'expérience dans l'attribution des savoirs implique une expertise d'un groupe ou les membres sont reliés entre eux par une pratique commune. Dès lors nous pouvons assimiler à cette deuxième étape de formation sur HM, dirigée par un deuxième prestataire comme une étape d'apprentissage des utilisateurs ou mieux comme une communauté de pratique où :

« Un groupe de personnes qui se rencontrent afin de solutionner un problème commun, de développer des aptitudes, d'échanger des connaissances » (Giroux, 2006).

Dans cette logique, nous comprenons que l'expertise repose sur une vision commune, et sur les interactions, plutôt que sur la notion de pouvoir. On assiste donc à un passage :

« D'une vision holiste, macro fonctionnaliste centrée sur le dirigeant et son travail de stratège à une approche plus locale, micro, processuelle, préoccupée du travail des employé au quotidien » (Giroux, 2006). Ceci se justifie dans notre terrain par : le témoignage d'une infirmière référente :

« Parce que le problème des formations c'est peu compliqué de former tout le monde. Donc souvent un petit peu il y a eu quelques personnes de former et on fait du compagnonnage ».

Le terme de compagnonnage est à considérer comme une manière entre les utilisateurs de se relayer entre eux, d'échanger des connaissances acquises dans la formation dont certains ont pu bénéficier. Ils vont les transmettre aux autres, qui n'ont pas eu peut-être le temps de venir assister à la formation. Donc le terme « compagnonnage » entraîne une mise en commun spontanée et volontaire de leurs expériences acquises dans les formations faites par les

prestataires que les personnes « référents » vont attribuer aux autres utilisateurs. Donc il s'agit d'un autre savoir, utile à chacun d'entre eux, et profitable à l'ensemble de l'organisation.

De plus, la direction qui prône l'utilisation de ces nouveaux outils met en œuvre de plus en plus de nouvelles stratégies afin d'intéresser les utilisateurs. En effet, la formation du logiciel HM n'a pas été faite par les prestataires qui ont conçu l'outil mais plutôt par les référents qui ont suivi d'abord la formation avec les prestataires. Ainsi dans ce sens, nous nous posons des questions : quelle est la logique de cette démarche ? Est-ce pour des raisons économiques ? Est-ce que pour intéresser les autres collaborateurs ? Pour qu'ils soient plus à l'aise dans la compréhension du logiciel expliqué par une collègue du travail ?

Ce que nous soulignons dans cette démarche c'est que la clinique (la direction) décharge les personnes de leurs postes pour qu'elles fassent les formations auprès des utilisateurs. Nous soulignons un éventail des stratégies et la mise en place de dispositifs possibles pour intéresser les personnes. Nous soulignons une étape de transition qui est un prolongement de l'étape de la problématisation, que nous avons traité plus haut. En effet, ce prolongement consiste à mieux concrétiser le réseau d'alliances envisagé au cours de la problématisation. Nous soulignons en effet la motivation des utilisateurs référents qui vont motiver d'autres utilisateurs. Concrètement c'est le passage « de situations d'incertitude », à des situations de certitudes. En d'autres termes le passage d'un scénario *(la problématisation) à la réalité (intéressement).* Tel qu'il est souligné dans ces lignes *:*

« L'intéressement consiste à passer du scénario à la réalité. L'identité et la position des entités vont être traduites, elles vont ainsi se déplacer et se modifier en même temps » (Callon, 1986).

6.2.3 H M : implication et enrôlement

Nous avons signalé que le projet portant sur HM a soulevé beaucoup de controverses avant même sa mise en place. L'utilité de cet outil n'était pas trop perçue par les anesthésistes, créant ainsi aussi à la direction des craintes de rejet total du projet. Cependant la direction et même certains utilisateurs ont été très surpris de voir un alignement très fort des acteurs qui critiquaient fortement ce changement, et qui défendaient que l'outil ne fût pas adapté à leurs pratiques. Donc la direction a été soulagée de voir que tous les médecins et infirmières utilisaient le logiciel :

« Premier constat par rapport à la mise en place, on était agréablement surpris, une très belle réussite. Aujourd'hui tous les médecins prescrivent donc avec parfois des difficultés mais prescrivent. Y'a pas eu de rejet massif des professionnels de santé et ça c'est quelque chose de très important et donc en fait quelque chose que l'on n'attendait pas. On a était touché »

A travers ce témoignage nous retenons deux choses : d'une part malgré les difficultés, les médecins qui d'emblée avaient rejeté le projet, font leur prescriptions sur HM. D'autre part, la direction qui ne s'attendait pas à ce fort alignement. Dès lors, nous nous sommes posé des questions pour comprendre ces attitudes. Nous sommes posés une question principale : quelles sont les raisons qui ont poussé les médecins à concéder et à utiliser l'outil ?

Nous avons obtenu deux points de vue : voici le point de vue des acteurs macro

« Après cette réussite, elle s'explique par pleins de points en fait, on a une implication très forte de Laurence et Véronique, elles se sont impliquées très fortement dans le projet et elles ont été déchargées de leur travail on va dire d'infirmière pour ce projet à 100%. La direction a mis les moyens on va dire humains (2 personnes) elles sont au quotidien auprès des utilisateurs que ce soit les soignants ou les médecins et elles aident au quotidiens les personnes et donc dés qu'il y'a une difficulté ces personnes qui sont en difficultés savent qu'elles sont là, dédiées au projet. Elles agissent aussi bien d'un point de vue formation que d'un point de vue paramétrage donc, alignement, la demande, la petite virgule, les modifications, elles tiennent à être réactives et nous au niveau informatique on est un support logistique, matériel on est un support utilisateur et relais prestataire donc c'est vrai que on va dire la mayonnaise elle est bien prise en faite. Parce que effectivement on travaille bien ensemble et chacun s'y investit et donc monsieur Gérard qui est le vice président de la CME nous a gentiment invité la semaine prochaine donc jeudi prochain on fait le point sur le démarrage et sur les prochaines dates et donc le démarrage avec la réussite et les prochaines dates à partir de 17 novembre en chir A, chir B, soins continus seront informatisé et en décembre l'hôpital de jour. Donc on déroule le calendrier que l'on souhaitait avoir »

De ce point de vue, nous soulignons la responsabilité de la direction à décharger des utilisateurs d'HM, pour qu'elles soient au plus près des auteurs personnes en difficulté pour les aider à comprendre l'outil. Ainsi dans une perspective de communication nous analysons la décision de la conduite de la direction comme une manière d'impliquer les acteurs micros afin qu'ils puissent intéresser les autres acteurs micro. Et travers ce témoignage, les façons de procéder de ces deux infirmières auprès même de leurs supérieures (c'est-à-dire les

médecins), de leur expliquer le logiciel HM dans des moments très conviviaux, proches entre eux, soulève en effet processus organisant qui repose essentiellement sur logiques de communication notamment : d'écoute, de concertation, de discussion etc. Bref, cette façon de procéder a conduit à intéresser fortement les médecins et infirmières qui étaient réticents au début à ce changement organisationnel. Dès lors, nous considérons que cet intéressement a conduit à l'enrôlement des autres acteurs. Donc la direction va distribuer des rôles précis à ces infirmières qui vont ainsi rentrer en interactions avec leurs collègues afin de leur mieux expliquer leur fonctionnement de l'outil.

Un autre point de vue au niveau micro : propos recueilli auprès d'un infirmier

« la plupart des anesthésistes s'y sont mis , il y'a encore qui ne ce sont pas mis mais , de tout façon on a pas le choix parce que tout va passer par HM et en fait , quel que part HM c'est un outil qui nous prépare nous les soignants parce que du coup , on est obligé de travaillé avec une prescription ce qu'on faisait pas avant, on fonctionner avec nos habitudes, avec nos connaissances, alors que là on va être obligé de fonctionner avec des prescriptions et on est protégé que par ça. Et du coup au niveau légal, je crois que c'est une bonne chose pour les soignants en général de travailler avec HM ».

Une autre raison qui pourrait expliquer l'enrôlement des acteurs professionnels peut s'expliquer par le fait que ces acteurs acceptent de défaire les pratiques anciennes pour se protéger légalement. Donc le respect de la déontologie sur laquelle la direction s'appuie pour justifier son argumentaire, a permis aux médecins et infirmières de défaire les anciennes pratiques de produire nouvelles pratiques.
Ces deux stratégies menées par la direction ont favorisé la réussite totale de la mise en place d'HM. Voyons maintenant, les quatre phases qui de mobilisation de problématisation, de l'intéressement et de l'enrôlement en lien avec le logiciel HM.

6.2.4 HM : la mobilisation des alliés

Nous venons de souligner que cette étape quatre est le prolongement des trois premières étapes qui sont : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement. En effet, selon (Callon, 1986), *« le réseau ne pourra se stabiliser et donc se solidifier que si les entités mobilisées sont suffisamment représentatives. Il convient donc d'élargir le réseau en multipliant les*

entités qui le composent et leur capacité à diffuser le réseau : il s'agit des porte parole, qui sont des représentants des entités ». Cette pensée, nous pouvons la justifier en l'illustrant avec les constats que propos recueillis sur le terrain.

En effet, nous avons constaté qu'en amont de ce projet, des médecins et infirmières ont joué un rôle crucial dans la mobilisation des autres acteurs. Voici le témoignage de la responsable informatique :

« Les oppositions dans la mise en place d'un système d'information sont possibles. Là on est entrain de mettre en place HM (Prescriptions et soins) et effectivement là les derniers retours médecins sont très mauvais. Pour eux, il ne s'agit pas d'un logiciel métier et donc pour eux ce n'est pas conforme à leur pratique médicale. Donc là on essaye de voir effectivement là où on a des difficultés, comprendre leurs besoins, comprendre pourquoi le logiciel ne s'adapte pas voir avec un prestataire si on peut s'adapter si effectivement il y'a des évolutions attendues, convaincre l'utilisateur parce que le changement n'est pas toujours facile et acceptable. Il faut convaincre la personne à changer. Donc il faut beaucoup échanger. On y croie, on essaye de motivé les personnes et de voir avec les prestataires si on ne pourrait pas effectivement changer les paramétrages qu'ils s'y retrouvent mieux quoi. Jusqu'aujourd'hui HM c'est la saisie des activités au bloc par les chirurgiens, la gestion administrative du patient c'est- à -dire son entrée, sa sortie, ses mouvements, sa facturation, l'envoi des factures aux caisses, les placements des patients dans leurs lits et là en fait, c'est tout le circuit du médicament c'est-à-dire la prescription du chirurgien ou de l'anesthésiste, la validation pharmaceutique, la dispensation par l'infirmière et tous les soins. Donc, effectivement les anesthésistes jus qu'à présent en fait ne saisissaient pas dans un logiciel. Donc c'est une révolution pour eux. J'ai eu des échanges ce midi, mais nous espérons que ça va passer, on va essayer de les motiver, de leur expliquer pourquoi on arrive à ce changement. Donc il faut vraiment en amont préparer les personnes au changement et les faire adhérer. Donc effectivement, il y'a des logiciels qui sont plus impactant que d'autres et celui est impactant. C'est vrai que c'est plus difficile. Bon après on a un anesthésiste référent le docteur Monier qui très fédérateur donc Laurence Guillaume qui chef de projet donc il y a pas de raison quoi ».

De ces propos, nous retenons deux choses : une responsable informatique qui reconnaît que l'informatique porte sur des échanges entre les utilisateurs afin de les motiver. Nous notons dans cette démarche un changement qui va reposer sur la communication en d'autres terme, « Changer en communiquant » qui repose sur des actions collectives au quotidien et dont la communication va permettre d'atteindre les objectifs. Cette perspective de changement oblige

en effet la direction à l'élargir son réseau en attribuant des rôles aux propres médecins (ici le docteur Monnier et l'infirmière Laurence Guillaume comme chef de projet). Dans une perspective de la théorie de l'acteur-réseau, nous considérons ces deux personnes comme étant, des porte parole qui sont des représentants des autres utilisateurs (autrement des entités si nous utilisons le langage de Callon 1986). Ceci est même confirmé par ce même médecin à qui nous avons interrogé sur ce sujet : voici son témoignage :
« Moi je suis un interlocuteur un peu particulier parce que moi j'étais désigné comme référent et donc du coup, moi j'étais privilégié de ce point vue. Donc avant que ce soit déployé, nous avions rencontré les personnes de l'entreprise qui proposaient HM… ».

De ce point de vu nous considérons ce médecin comme un porte parole qui aura rôle de mobiliser ces collègues autour de l'outil de partager les mêmes difficultés soulevées par l'outil. Connaissant les pratiques de même que les difficultés, il sera mieux en mesure de jouer ce rôle de mobilisation en montrant en à ces collègues que lui-même est entrain de vivre ces difficultés et néanmoins il accepte de l'utiliser. Ce médecin comme le montre Callon, 1986 1986, va permettre le déplacement de multiples entités et la capacité d'élargir au mieux le réseau (nous définition ici la notion de réseau comme : Latour (2006) : « j'entends par là une chaîne d'actions où chaque participant est traité à tous égards comme un médiateur ».

6. 3 Résultats observés

Le projet de réforme de La clinique La Sagesse de Rennes a fait l'objet d'une recherche qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs et non-directifs auprès des personnes de métiers différents : médecins, infirmiers /infirmières, aides-soignants, acteurs décideurs. C'est ce qui a donné à cette étude une dimension considérable.
Notre étude repose sur une analyse de deux logiciels à savoir CURSUS 3et Hôpital Manager (HM), nous abordons ainsi les résultats observés sur chaque logiciel
En effet, même si les difficultés rencontrées sur les deux outils ne sont pas les mêmes, il convient de reconnaître que ces deux logiciels deviennent incontournables aujourd'hui dans les pratiques de la clinique. Ce qui est un véritable contraste car, les difficultés ont été comprises et reconnues par les soignants et les acteurs –décideurs, comme faisant partie du changement organisationnel et technologique. Ceci a été mené par une démarche très inclusive ce qui a atténué les difficultés.

Ainsi, on constate que l'idée de changement a été (surtout HM), a été remise en question en raison de l'appréhension, du doute soulevé par les soignants. Ce qui montre d'avance la complexité de mener de tels changements. Ainsi nous allons plus précisément évaluer ces logiciels après deux ans utilisation même si tout long de cette section nous avons presque mené cette démarche d'évaluation.

De façon générale, il faut comprendre et retenir que l'acceptation, le succès, l'appropriation, le sens, bref la performance d'un changement technique, tels qu'ils sont décrits dans notre étude, réside dans la capacité des acteurs à impliquer en amont et en aval les utilisateurs d'une part, et d'autre part la capacité de ressortir le sens du changement afin de résoudre simultanément plusieurs équations. Précisément notre analyse révèle que la complexité et l'incertitude associées au changement technologique dans le secteur de la santé sont multidimensionnelles et que la dimension clef à prendre en compte dans la conception et l'implantation de tout projet de réforme dans la santé émerge de l'interaction entre les personnes qui communiquent et interagissent. Le projet est dénaturé à sa source même quand les individus ou des groupes de personnes sont exclus de cette communication.
En effet, les logiciels qui se mettent de plus en plus dans le secteur de la santé sont des dispositifs compliqués dans des relations complexes Même s'ils visent des fins modestes, les dispositifs technologiques s'inscrivent au sein de réalités sociales qui sont complexes. Cette complexité reste croissante et s'accentue avec chaque application technologique qui tisse de nouvelles relations entre un nombre grandissant d'amateurs du système de santé. Ce qui montre jus qu'à un certain point, que les dimensions (politiques, économiques, juridiques, sociales) sont mutuellement dépendantes.

6.3.1 Evaluation des logiciels : HM/ CURSUS 3

Les principaux problèmes soulevés autour de ces deux logiciels, sont des problèmes technologiques et que la performance technologique est évaluée en termes d'immédiateté, de temps-réponse, humain, organisationnel, managérial, stratégique économique et légal.
En effet, dans notre étude qui concerne CURSUS3, les 22 soignants (c'est-à-dire 11 médecins et onze infirmières anesthésistes) en plus des infirmiers du bloc opératoire, semblaient optimistes quant aux avantages et bénéfices associés à CURSUS3. Celui-ci a apporté davantage de meilleures conditions possibles dans la gestion de la traçabilité mais aussi par rapport aux relations souvent complexes entre les membres deux organisations différentes qui

comptent travailler à distance via un logiciel. Nous venons de le souligner plus haut que les technologies sont complexes et se maintiennent dans des relations complexes. Or, tel n'est pas le cas avec CURSUS 3. L'humanisation du logiciel au sein des pratiques et entre les deux établissements a permis de réduire cette complexité. Ce processus d'humanisation (Latour 2006), s'est déroulé en amont et en aval du projet et continue d'être renforcé dans les pratiques mais aussi à la prise en charge du patient. Ceci montre que ce logiciel résiste à un impératif technologique et une vision holiste de la technologie. Dans le cas qui concerne CURSUS 3, nous avons constaté qu'un projet de telle envergure doit être soumis à des débats internes, externes, locaux, régionaux, nationaux, avant de procéder à la mise en place.

Toujours dans cette phase d'évaluation des deux outils, nous abordons à présent HM qui est également un autre logiciel perçu de manière très différente dans les pratiques. Ainsi, contrairement à CURSUS 3, HM n'a pas été l'objet de débat dans sa phase d'implantation mais aussi une bonne partie des utilisateurs en l'occurrence les médecins n'étaient pas d'accord de la mise en place d'HM. Cette situation souligne la controverse autour du logiciel.
D'une part les infirmières qui réclamaient cet outil et qui ont été soutenues par la direction et d'autre part les médecins qui ne voyaient pas l'utilité de l'outil. C'est ce qui fait la spécificité du projet de changement qui concerne HM. Contrairement au logique de conduite de projet qui se déroule souvent sur deux niveaux c'est –à-dire le niveau micro et le niveau macro, dans le cas qui concerne HM, nous avons repéré trois niveaux à savoir : le niveau macro, le niveau méso et le niveau micro. C'est trois niveaux ne s'appréhendent pas de la même façon.
Ainsi dans notre étude nous avons tenté de comprendre la dimension macro en appréhendant le changement dans sa globalité c'est-à-dire voir le projet en dehors de la clinique : comment il a été conduite par les autres structures ? Pourquoi HM est optimiser par les acteurs de la santé par rapport à d'autres logiciels, quels sont les stratégies de lobbying qui sont derrières la préconisation du logiciel ? Cette perspective macrosociologique nous avons compris que les principaux rôles des acteurs ont été de faire la promotion de la santé et de toute évidence la promotion d'un logiciel. Leurs préoccupations portent également sur l'organisation des soins à travers les logiciels, le développement des structures de socio-sanitaires, mais aussi le déploiement des outils de communication afin de mieux faire évoluer la communication entre les organisations. Or, dans notre étude de cas sur HM, cette dimension n'est pas totalement identifier même si on reconnaît que tout changement organisationnel est du ressort d'une tutelle ou d'un ministère. Cette fois ci, il s'agit pour la clinique de s'inspirer des autres

structures de santé pour changer l'activité des prescriptions des médecins. Une exigence voulue par les infirmières. C'est ainsi que nous parlons du niveau méso dans ce travail.

L'étude du logiciel HM nous a permis de repérer une dimension fondamentale qu'on a tendance à négliger dans les problématiques qui concernent le changement technologique. Il s'agit notamment de la dimension méso. Nous la définition dans le domaine de la santé comme étant ceci :

> La dimension méso peut-être définie comme la perspective qui est entre les deux niveaux (micro, macro), et qui permet d'observer plusieurs choses dans un gros plan, elle permet également de voir les interactions dans leur quotidien.

Dans ce sens, nous soulignons des relations de pouvoir dans la prise en charge des patients. Nous pouvons confronter cette dimension méso au cas d'étude du logiciel HM. En effet, tel que nous l'avons déjà souligné, cette dimension nous permet d'étudier les relations de pouvoir qui se caractérisent de deux niveaux. D'abord nous mettons en évidence le pouvoir des médecins sur les infirmières qui refusent d'accepter le projet sollicité par les infirmières. Ces dernières optent pour une bonne lisibilité des prescriptions médicales. Car les erreurs ne manquaient pas dans les pratiques. Ainsi cette dimension méso constitue un cadre d'interaction au quotidien entre médecins et infirmières, un espace de médiation pour opérer la mise en place d'HM. Ensuite, il y'a eu l'intervention de la direction qui décide finalement la mise en place du logiciel. Ce qui fait que les infirmières ont pu obtenu gain de cause de leur revendication. Cette perspective d'analyse nous a permis de comprendre que les lieux dominés peuvent devenir, par reconfiguration des lieux dominants (Callon 2006). Les médecins voient leur pouvoir réduit par la demande des infirmières à implanter le logiciel pour plus de sécurité des soins.

L'autre perspective repose sur le micro qui concerne les interactions entre les personnes qui utilisent l'outil mais également entre les soignants et les soignés. Il s'agit d'étudier l'impact du logiciel HM dans les soins.

Ainsi, dans le cas qui concerne HM, nous pensons que ces deux perspectives c'est-à-dire la perspective méso et la perspective micro sont deux dimensions fondamentales pour expliquer l'origine des controverses dans les pratiques. Nous pouvons les comparer à des micro-interactions (Callon 2006). Selon lui, les micro-interactions révèlent véritable d'une situation, d'un phénomène ou d'un problème. Elles sont composées d'actants qui remettent en jeu toute une série d'autres lieux, d'autres acteurs qui viennent se mêler à la scène. Ainsi, pour l'auteur :

« Ces situations de controverses, qui rendent visibles les actants engagés dans le cadrage, montrent la voie à suivre : remplacer la notion de microstructure par celle d'interactions localement cadrées entre humains et non humains, remplacer la notion de macro-structures par celle de lieux cadrés qui sont connectés par les actants qui assurent leurs cadrages » (p. 274)

Nous sommes entière d'accord avec la pensée de Callon sur le fait que les situations de controverses rendent visibles les actants. Et nous pouvons illustrer cette idée à travers notre étude de cas sur le logiciel HM. En effet, dans les projets technologiques dans le milieu de la santé en l'occurrence les hôpitaux, la plupart des personnes qui sont consultées en avant des projets sont essentiellement constituées de médecins ou d'autres responsables hiérarchiques. C'est-à-dire des principaux membres de la hiérarchie qui peut être constituée de médecins référents à une pratique. Donc le plus souvent les autres soignants de seconde catégorie c'est-à-dire les infirmières/infirmiers, aides-soignants et plusieurs autres ne font qu'exécuter les décisions prises par la hiérarchie. Or, dans le cas d'HM c'est tout à fait le contraire, l'outil qui est source de controverse a permis de se rendre compte du pouvoir que détiennent les infirmières sur l'expertise médicale, qui a permis de montrer leur engagement total à changer les pratiques de soins. Ceci vient montrer que le pouvoir n'existe que celui ou celle qui détient l'expertise et celle-ci se négocie en retour dans les interactions.

C'est effectivement ce que nous confirme une infirmière qui utilise HM :

« Quand moi aujourd'hui je vais travailler dans un service que moi je ne connais pas, je vais appliquer tout ce qui est écrit mais j'aurai forcément un œil un peu aguerri mais y'a des choses peut-être qui me sauteront pas aux yeux, alors qu'un service où on est connait la pratique, ils y'a des choses ou dés fois je me dis non ce n'est pas possible il s'est trompé et je l'appelle et il dit ah oui ».

Notre objectif est de montrer la relation de pouvoir ou de domination qui se développe dans les lieux cadrés (Callon, 2006). Ici, l'espace ou le cadre de travail est organisé en catégorie en fonction du métier de chaque individu qui compose l'espace. Ce qui met en évidence le pouvoir des uns sur des autres. Cependant aujourd'hui les nouvelles techniques de travail exigent que les espaces s'entrelacent (Grosjean, 2008). Dans cet extrait l'interaction entre l'infirmière et le médecin a permis de gérer la vigilance dans les pratiques. Nous notons une vigilance individuelle et collective, un processus qui repose sur une certaine intelligence collective (Weick &Roberts, 1993). C'est ainsi que nous éclairons sur les discours et interactions entre les membres qui pouvaient jouer dans le fonctionnement de l'organisation (Cooren,Taylor 2006).

Nous pensons que derrière l'idée de controverse, il y'a l'idée de communication. En effet, même si les médecins n'étaient pas d'accord pour la mise en place l'outil, la décision prise par les acteurs reste très décisive, ce qui les oblige finalement à travailler avec l'outil. Nous soulignons ainsi dans ce climat de controverse, un état de dépassement qui permet d'avancer qui s'avère important dans la sécurité des prescriptions de soins.

Le levée de la controverse sur le logiciel HM n'a fait l'objet d'aucun n'intéressement auprès des médecins comme c'était le cas de CURSUS 3, il s'agissait plutôt pour les personnes concernées (les médecins, infirmières, aides-soignantes et membres de la direction) d'entrer dans un espace de dialogue où les échanges qui se faisaient entre eux ne se résumaient pas unique comme de simples points de vus mais comme une construction commune de sens (Grosjean, 2008). Ainsi grâce à des logiques de communication notamment la conversation, les acteurs ont pu surmonter la controverse et ont pu percevoir le sens de l'outil qui n'était pas perçu dés le début par les médecins. Partant de là, nous pensons comme Grosjean (2008) que : *« Le dialogisme renvoie donc à la structure interne du discours co-produit par les interlocuteurs en relation de réciprocité ; c'est-à-dire qu'à l'intérieur de tout discours, raisonnent deux voix qui ne font plus qu'une »* (p, 4).

Ainsi à l'heure actuelle dans les pratiques de la clinique, les utilisateurs parlent le même langage. Ils ont pu résoudre les contradictions dans les conversations qui coordonnent leurs actions. Regardons maintenant comment il est possible pour nous de saisir les difficultés du logiciel dans les pratiques, qui se négocient au gré de l'interaction.

6.3.2 Saisir les difficultés dans les pratiques

Nous poursuivons notre étude portant sur l'évaluation du logiciel CURSUS 3 et le logiciel Hôpital Manager (HM). Nous avons déjà montré que ces deux logiciels relèvent du sens dans le processus de changement technologique. Toutefois, la perception du sens par les utilisateurs est différente d'un logiciel à l'autre.

En ce qui concerne CURSUS 3, le sens a été trop tôt perçu avant même la mise en place de l'outil. L'outil a fait l'humanité des utilisateurs qui vont l'utiliser. En outre du sens, d'autres techniques ont été mises en place pour renforcer le succès de l'implantation de l'outil. Par exemple, des méthodes très inclusives qui mettent en avant des stratégies de communication.

Dans le cas d'HM, le sens est trop tôt perçu par une partie des utilisateurs c'est-à-dire les infirmières. L'autre partie a montré un refus total dés la naissance de l'idée. Donc une contradiction qui risque de contrecarrer la transformation de l'idée en projet. Force heureusement cette contradiction a pu se résoudre par une démarche de la clinique qui

s'inscrit dans une démarche de dialogue, de négociation mais aussi et surtout la mise en avant de la dimension humaine.

Donc CURSUS 3 comme HM relèvent du sens et c'est ce qui a faciliter son appropriation dans les pratiques. Dans les deux cas nous soulevons un entrelacement entre les acteurs de différents niveaux :
Dans l'étude cas qui repose sur CURSUS 3, nous avons identifié deux niveaux à savoir le micro et le macro qui désigne respectivement l'intersubjectivité et l'interobjectivité. Nous retenons dans cette étude que ces deux termes s'entrelacent (Grosjean 2008).
Concernant HM, nous soulignons également deux nivéaux : le méso et la micro c'est-à-dire l'intersubjectivité qui se déconstruit et se construit dans l'interaction.

Par ailleurs, il convient de mettre en lumière les difficultés qui se manifestent après l'appropriation de ces deux logiciels dans les pratiques.
Ainsi, étudions d'abord les difficultés que soulève CURSUS 3 dans les pratiques anesthésistes.
En effet, plusieurs auteurs ont montré que le processus d'implantation d'une technologie impacte sur l'utilisation et le succès d'une technologie (Orlikwoski, 2000 et autres). Nous allons voir à présent les éventuelles difficultés malgré les bonnes démarches de conduites de projet.
Les difficultés soulevées sur l'usage de CURSUS 3 sont nombreuses malgré le sens qu'il incarne dans les pratiques et la perception de son utilité. En effet, la grande difficulté repose sur le fonctionnement de l'outil autrement dit, CURSUS 3 n'est pas un logiciel intuitif tel que le souligne une infirmière anesthésiste :
« C'est purement informatique mais régulièrement à chaque fois on saisit il nous demande si on veut imprimer un dossier transfusionnel, non c'est jamais. On peut pas effacer cette item et il apparait toujours, on est obligé de dire non et ça c'est un exemple, il y'en a pleins d'items qui ne nous servent jamais et qui apparaissent tout le temps : Est ce que c'est parce que c'est un outil général qui peut servir à pleins d'établissement ? Nous on en sert pas, donc il y'a des item dont on ne se sert pas et qui apparaissent tout le temps. Parcontre il y'a certains établissements qui l'utilisent d'autres non ».

Nous soulignons un disfonctionnement qui influe sur la performance du logiciel. Cette remise en question de la performance technologique dans le domaine de la santé reste un probléme

très récurrent qui préoccupe beaucoup les professionnels de santé. Ces derniers ont compris aujourd'hui que la technologie est indispensable dans la santé aujourd'hui et pour eux il faut vivre avec le temps. Nous avons souvent entendu dire de la part de professionnels des expressions comme : *« On n'a pas envie de rester à l'âge de pierre »*, un leitmotiv qui explique la volonté des soignants de travailler avec des nouveaux outils. Or, tel qu'il est souligné dans cet extrait, l'adaptabilité des outils dans CURSUS 3 reste quand même très limite ce qui risque de jouer sur la performance que les technologies sont susceptibles d'incarner. Ce souci de performance technologique favorise les utilisateurs à jongler avec le système papier qui était discrédité dans la gestion de la traçabilité sanguine. C'est ce que nous révèle une infirmière

« Ils sont sensés tous savoir saisir sur CURSUS. Mais quoi qu'il arrive, qu'ils saisissent ou qu'ils ne saisissent pas, il y'toujours la traçabilité papier minimum qui me parvient à moi. En fait moi je vérifie tout. Toutes les transfusions soit qu'elles sont faites et il trouve qu'elles sont saisies sur CURSUS soit je vérifie que ce n'est pas fait et là petite traçabilité papier qui reste moi je la classe dans les archives : l'autre partie que j'archive et l'autre partie que j'envoie à l'EFS. Il reste quand même la traçabilité papier »

En effet, travailler avec plusieurs outils en l'occurrence le papier n'est pas possible pour deux organisations qui aspirent à travailler en réseau, seul le système électronique semble réaliser ce travail à distance C'est ainsi que nous nous posons une question centrale : en quoi CURSUS 3 pourrait-il être un tournant définitif du système papier ?

En effet, nous avons défendu plus haut que la performance technologique ne réside pas en l'outil mais l'engagement des acteurs qui l'utilisent. Cependant, nous notons que malgré un fort engagement autour de CURSUS 3, l'outil présente des failles. Il convient alors ainsi de rechercher ce qui est à l'origine de ces problèmes.

Dans le précédent extrait, l'infirmière s'interroge à savoir si les problèmes sur les dysfonctionnent seraient –ils liés au fait qu'il soit un outil général destiné à plusieurs établissements qui utilisent certains « items » du logiciel et qui ne concernent ou ne répondent pas forcément aux attentes des pratiques de la clinique. Ce constat met en cause d'une part la notion de norme dans les technologies qui est en général un phénomène tout fait susceptible d'être applicable dans toutes les structures ne prenant pas compte de l'identité et de la culture d'une organisation.

D'autre part, ce même extrait laisse apparaître les problèmes d'éthique en l'occurrence l'éthique clinique qui, tel que nous l'avons déjà souligné dans le chapitre 2 est très absente

dans les processus de changements organisationnels et technologiques. Cette dimension éthique a été négligée sur le fait que le manque d'intuition du logiciel risque de ralentir l'activité des soignants qui tel que nous le connaissons s'activent toujours dans l'urgence.

Ainsi, pour les soignants ceci pose un problème et est en contradiction avec les objectifs de changement qui étaient de travailler en temps réel entre les membres de la clinique et aussi avec l'EFS.

Face à cette situation, seul le dynamisme de l'équipe de soins a permis souvent de résoudre ce problème, car comme nous le constatons, le logiciel une fois créé par les concepteurs et vendu par les prestataires, la tâche revient aux soignants d'utiliser convenable le logiciel.

C'est ainsi que nous faisons appelle à la théorie de la structuration d'Orlikwoski (2000) selon laquelle, les technologies de l'information et de la communication sont remodelées dans les interactions entre les différents utilisateurs. Ici, bien qu'il ait un problème technique qui n'a pas été pensé au préalable par les informaticiens, les utilisateurs qui connaissent leurs pratiques créent un lien entre eux et le logiciel afin de saisir les difficultés et des contourner Nous éclairons ainsi sur un lien social entre l'outil et les utilisateurs qui essayent de contourner la dimension technique du logiciel en privilégiant une autre piste qui est action. Il s'agit ainsi de travailler en « compagnonnage » ou de se soutenir entre eux pour faire face à ce problème tel qu'il est souligné dans ces propos par une infirmière

« L'outil qui est bien mais il y'a aussi tout ce qui se met en route derrière la formation de tous les acteurs, et que tout le monde à jouer le jeu tout le monde s'est senti concerné par l'importance de ce projet et puis par le plus que ça peut apporter à notre établissement. Donc voilà tout le monde s'est senti concerné, tout le monde a été performant ».

Nous pouvons dire ici qu'il existe un fort engagement des acteurs qui tentent de dépasser les problèmes techniques pour faire avancer leur établissement. C'est ainsi que nous pensons que la performance d'une technologie n'est pas liée à l'injonction technologie elle-même. Elle est plutôt liée à une injonction verbale qui met en relation les membres d'une organisation.

Partant delà, nous éclairons sur l'idée que : avancer c'est dépasser.

C'est ce qui nous avons véritablement observé dans cette étude qui repose sur CURSUS 3 car les membres en considérant que le changement organisationnel avec CURSUS3 était inévitable, les utilisateurs doivent avancer pour tenter surmonter les difficultés.

A présent, nous abordons les difficultés qui concernent le logiciel HM comme nous l'avons fait avec CURSUS 3.

Le logiciel HM tel que nous l'avons déjà souligné plus haut a soulevé une controverse dans la phase d'implantation sur les pratiques des prescriptions de soins chirurgicaux et anesthésistes. Ce qui n'a pas empêché son déploiement dans ces activités. Ainsi après 1an et demi d'utilisation, nous allons étudier les difficultés que traversent le logiciel HM.

En effet les difficultés que nous révèle HM sont presque les mêmes qu'on a soulevé sur CURSUS 3. La première difficulté pour les utilisateurs est que l'outil n'est pas intuitif. C'est un véritable problème que pose ce logiciel et qui risque de peser sur la viabilité du projet. Contrairement à CURSUS3 qui détient une compréhension de la part des utilisateurs malgré les difficultés, dans le cas d'HM, le problème d'immédiateté du logiciel reste très pointu à tel point que les utilisateurs considèrent qu'il ne répond pas aux effets attendus.

C'est exactement ce que révèlent trois infirmières :

« Pour moi c'est vraiment ces changements de page qui est long pour aller d'une page à l'autre Et parfois on ne sait pas où trouver l'information. Si je mets mes transmissions, on cherche où est l'information par exemple ce matin on a eu le cas pour un départ, on chercher l'heure du départ à l'ambulance, il y'avait deux une page sur la même page mais ce n'était pas écrit la même chose sur un chaque page il y'avait deux items différents. C'est le négatif ».

« Les items commentaires séjours nous avons deux pages, donc il y'aurait dans le dérouler du séjour ils auraient dû prendre le dérouler et savoir la fin de la dernière ligne le patient est en convalescence à tel endroit à telle heure. C'était une autre page. Donc il m'a ouvert la première on se dit bien on n'a pas l'information on le trouve pas et quand on regarde sur la deuxième page et on a tout. Tout est saisi sur la deuxième page. Il y'a une répétition de la première en ayant des compléments. Une des difficultés c'est il y'a trop de pages sur hm donc du coup on cherche, moi je mets ça sur une page, ma collègue va remettre sur une autre page pour la même information qui est de même catégorie »

« Moi ce que je n'ai pas trop apprécié dans ce logiciel c'est qu'en fait il a été peut-être imposé et qu'il n'était pas fait pour des soignants quoi. On a adapté quelque chose à des soignants mais forcément on ne va pas à l'essentiel, il nous faut dix manipulations pour pouvoir obtenir ce que l'on veut alors que je pense que l'outil aurait pu être plus performant. Après il y'a une logique administrative, financière, concurrentielle, politique même qui se met en place et qui me dépasse un peu »

Ce que nous notons dans ces trois extraits, sont essentiellement des problèmes qui sont liés aux manques de rapidité de l'outil. Le logiciel n'est pas intuitif tel que nous le signalent les utilisateurs. En effet, les principaux axes d'informatisation qui portent sur HM à savoir : dossier médical, parcours de soins, prescriptions des soins et circuit de prescriptions, soins rôles propres pour les infirmières (prise de médicaments, toilettes …), montrent que toutes les activités premières de la clinique reposent sur HM. Cette dynamique de centralisation des activités de la clinique sur un seul outil, entre du cadre des besoins de la santé aujourd'hui et répond au retard des établissements publics de santé lié à la prise en compte tardive du caractère stratégique des systèmes d'information et de leur nécessaire médicalisation. Mais aussi cette dynamique répond au cloisonnement des systèmes marqué souvent par une absence d'interopérabilité. Or, les trois extraits que nous venons de mentionner ci-dessus posent le problème d'interopérabilité du logiciel HM. Le dysfonctionnement technique sur HM est à l'encontre des attentes des soignants bien qu'il a apporté un changement radical dans les prescriptions qui se font via un système électronique susceptible d'assurer la lisibilité celles-ci. Toutefois, Il est important de bien préciser là où les difficultés sont plus manifestes avec ce logiciel.

Dans ce travail, notre objectif était de recueillir l'avis de tous les utilisateurs en l'occurrence les médecins chirurgiens, les médecins anesthésistes, les infirmières et aides soignants (trois services chirurgicaux) et aussi le personnel administratif, bref l'ensemble des acteurs qui utilisent HM. Cependant, nous avons remarqué que les difficultés touchent plus les pratiques des infirmières qui rappelons le, étaient les principaux revendicateurs du logiciel car ce sont elles qui avaient réclamé l'informatisation des prescriptions malgré l'opposition de certains médecins.

Paradoxalement, ce sont les infirmières qui ont critiqué actuellement le logiciel sur le fait qu'il n'est pas intuitif. Nous avons mis en relief cette situation afin de montrer que la performance d'une technologie ne se résume pas en la technologie elle-même. Car celles-ci, en réclamant l'outil considéraient qu'il allait résoudre tous les problèmes qui se dessinaient dans leurs pratiques. Mais là c'est tout à fait le contraire car l'outil ne répond pas carrément aux effets attendus mise à part la lisibilité des prescriptions dont certaines infirmières considèrent comme source de protection. Dès lors, nous pensons qu'il convient de réfléchir davantage sur la technologie qu'on implante dans le milieu de la santé. En effet nous avons précisé au début de notre travail que ce qui fait la spécificité dans le domaine de la santé c'est qu'il est très notoire par rapport aux autres organisations. La technologie touche à la fois deux

volets : le volet administratif et le volet clinique. Le logiciel HM est élément illustratif car il est implanté à la fois sur les pratiques cliniques et les activités administratives.

Les activités administratives ne sont pas également épargnées des difficultés causées par HM nous avons vu le problème soulevé par les infirmières lié au problème intuitif persiste également dans la partie administrative. C'est ce que nous révèle un médecin de l'information médicale :

« L'outil n'est pas intuitif dés fois dans la navigation si je vais sur un dossier patient sur des données PMSI après ce n'est pas toujours très simple de retourner un endroit ou je voulais dés fois il y'a des mots que le bandeau saute, donc ce n'est pas intuitif je dirai par rapport à d'autres logiciels que j'ai pu voir HM n'est pas nécessairement intuitif. Moi j'avais utilisé d'autres logiciels quand j'étais dans les autres établissements et je trouve qu'HM n'est pas le meilleur des logiciels intuitifs quoi. Il me de savoir comment circuler et pour moi, ce qui n'est pas très pratique c'est qu'on ne peut pas ouvrir plusieurs onglets sur un patient. Ce serait bien de pouvoir ouvrir plusieurs onglets, plusieurs choses, mais quand je suis ici, il faudrait que je vienne chercher les informations ici c'est pour un seul document quoi. C'est bien de pouvoir ouvrir plusieurs documents et après il faut les fermer et passer à autres choses. Le souci avec HM c'est qu'il ne permet pas d'ouvrir plusieurs documents c'est compliqué de les faire quand on veut naviguer d'un formulaire à l'autre ce n'est pas simple, on comprend que ce ne soit pas si simple que ça mais ce serait d'avoir plusieurs écrans, plusieurs ergonomiques quoi, d'avoir un accédés à plusieurs informations quand on est sur l'écran ».

Dans cet extrait c'est un médecin de l'information médicale qui donne ses impressions sur HM. Pour elle outre les problèmes intuitifs, d'autres soucis résident sur la possibilité de navigation sur plusieurs écrans qui permettrait de travail d'un formulaire à l'autre. En d'autres termes il s'agit des difficultés ergonomiques que nous pensons n'étaient pas prévues par les concepteurs. Ce sont les utilisateurs qui détectent les failles dans leurs situations de travail et au cours de l'action.

C'est dans cette perspective que nous intéressons sur la particularité de la technologie dans le domaine de la santé, nous pensons que contrairement aux idées reçues sur la réticents des professionnels de santé sur la technologie, nous pensons que dans les deux cas que nous étudions il ne s'agit pas d'un problème d'usage des logiciels car ils ont été très attendus par les soignants. Or, nous avons vu leur manque de performance sur les pratiques cliniques.

Dés lors, une question principale mérite d'être posée : peut-on parler de technologie clinique ?

6.3.3 Les réponses des utilisateurs

Jus qu'à présent nous avons construit notre analyse autour de deux axes: acteurs macro (les décideurs), acteurs-micro. Nous avons globalement laissé dans l'ombre un autre acteur décisif dans l'analyse de ce phénomène : l'acteur-méso ou encore le niveau méso. Or, s'il est indéniable que les rapports entre les acteurs-décideurs et les professionnels de santé sont des aspects importants dans la modernisation des structures de santé via les technologies de l'information, nulle part, la relation entre technologie et santé ne s'est pas réduite à une opposition entre décideurs et professionnels de santé, en d'autres termes à une dimension technico-économique et médico-intégratif.

Parce que la technologie dans la santé est un phénomène dont les enjeux restent énormes et donc susceptibles de provoquer des effets sur le déroulement de la prise en charge des patients : dans ce sens on la développe pour créer de nouvelles techniques de travail, on l'implante pour répondre aux exigences des organisations modernes ou l'on se mobilise pour la neutraliser. Elle peut aussi susciter une résistance forte et continue auprès des utilisateurs.

Ce que l'on entend par acteur méso dans les problématiques des technologies dans la santé est l'acteur qui est en interface avec le médical et l'informatique. Ce qui permet d'éclairer sur la prise en charge du patient à travers la technologie est entre deux : on voit plusieurs choses dans un gros plan, on constate des interactions dans leur quotidien. Il faut des gens qui connaissent le terrain et qui savent expliquer cela aux représentants des logiciels. C'est ainsi que nous parlons d'acteur méso auquel nous pouvons souligner les relations de pouvoir dans ce phénomène entre deux acteurs spécifiques qui sont les soignants qui connaissent leurs pratiques et un l'informaticien qui doit s'adapter à la réalité de l'activité.

En ce sens, nous pensons que les relations de pouvoir susceptibles de controverser ce phénomène peuvent être affinées à travers un espace plus restreint et ouvert qui est un espace d'apprentissage et de relation. Ces deux termes méritent d'être creusés davantage dans cette section de notre travail. Ils nous exigent à revoir même le mot technologie qui incarne souvent une vision politique, technologique économique au sein des pratiques médicales. Donc à travers les notions d'apprentissage et de la relation, nous allons rendre compte une autre transformation du concept technologique dans une formulation plus performative que technique : qui est celle de la personnalisation.

La personnalisation redéfinit la technologie dans le domaine de la santé et par conséquent renie toute action qui relève d'une autre dimension outre que celle attendue par les professionnels de santé. Dés lors la personnalisation fait appelle à ces deux termes qui la notion d'apprentissage organisationnel et celle de la relation.

Personnaliser la technologie repose d'abord sur la relation entre acteurs informaticiens et acteurs métiers en l'occurrence les soignants. Ce qui suppose qu'il s'agit là d'un certain affinement des relations de pouvoir qui se fait dans des espaces de communication où la notion d'expertise reste prédominante et atténue les rapports de forces. Et comme le soulignent certains auteurs de la sociologie de l'innovation dont Latour, Callon Akrich et autres, l'intervention relationnelle et concertée permet de stabiliser les rapports de forces.

En nous s'appuyant de la pensée de ces auteurs cités ci-dessus, nous allons mieux expliquer ce concept de personnalisation. En effet, la personnalisation d'une technologie surtout dans le domaine de la santé pourrait être un tournant décisif pour implanter une technologie dans le secteur de la santé. Avec tous les problèmes techniques soulevés par les soignants, la solution serait de personnaliser les logiciels tels que nous l'ont proposés les soignants :

« Je pense qu'en adaptant un petit peu plus et qu'en personnalisant un petit peu plus l'endroit où on est on peut simplifier les choses. On aimerait bien simplifier l'outil. C'est vrai que l'idéale ce serait de le simplifier encore. Car il y'a des étapes qui nous servent à rien, nous dans l'idéal, moi je pense que ce qui serait bien c'est de personnaliser encore l'outil, l'adapté encore plus à la Clinique. Je pense que dans l'idéal ce serait de personnaliser encore plus le logiciel qu'est quand même très bien »

« La personnalisation c'est important pour que les équipes s'en servent. On n'aura jamais un logiciel qui répond à tout les besoins parce que les besoins évoluent en plus, les logiciels sont faits pour pas mal de structures et les structures n'ont pas tous les mêmes besoins au même moment sauf si c'est réglementaire mais autrement, pour un cas particulier ils n'auront pas les mêmes besoins. Il faut vraiment que chacun puisse avoir cette part de liberté de créer des petits outils quoi, pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques de l'établissements, je pense que si les gens garderons la main, là on voit bien qu'on a commencer à faire des formulaire sur bloomidi et puis les gens se sont rendus comptent de l'intérêt donc du coup, il y'a plus en plus de gens qui sont intéressés et c'est quelque chose qui existe en satellite à Hm mais qui le côté personnalisation de l'outil et qui répond tout de suite aux besoins des gens ».

« Donc, il s'agit de trouver une base commune pour les gros logiciels comme HM qui soit distribué dans le commerce. L'intérêt de ces trucs là c'est que tout est rentré dedans toutes les mises à jour sont dedans mais il faut qu'à côté l'établissement puisse avoir la main pour créer des petits outils, pour créer des évolutions, pour avoir son côté personnalisant et je pense c'est comme ça que ça doit continuer à évoluer et partout où je suis passée c'est comme ça. On arrive à intéresser les gens non pas par des gros outils mais de petits truc qui fait à côté et qui permettent aussi d'utiliser l'outil ».

Ces extraits illustrent bien que la question d'expertise suppose d'être en relation. Il s'agit ainsi d'écouter les personnes qui connaissent leurs pratiques. Nous voyons bien qu'à travers ces témoignages les soignants sont désormais sur la logique de participer à une quelconque création d'un logiciel. Cette démarche relance la possibilité d'un travail en réseau qui ne se résume plus en l'outil met entre les acteurs. Donc cette notion de relation fait ainsi appelle à un autre aspect fondamental qui est l'apprentissage organisationnel. Autrement dit, la mise en relation entre les acteurs exige un travail en collaboration. En ce sens, le savoir n'est plus une ressource et une source de pouvoir, il est intrinsèquement lié à la valeur de cet apprentissage.
En effet quant les soignants parlent de ne pas miser sur les « gros trucs » et de mettre l'accent sur les « petits trucs » qui permettent d'avoir la main sur les logiciels. Les « petits trucs » font allusion à la participation des soignants qui proposent des choses au niveau de la personnalisation d'un outil car ils considèrent que ce sont des choses qui échappent souvent aux informaticiens. Ainsi, il s'agit de penser comme Giroux (2006) que :

« Le savoir est désormais vu comme situé dans les systèmes d'activités et de pratiques en déroulement continu. Il est décrit comme essentiellement social, relationnel et médiatisé par des artefacts. Ce savoir est dit constamment reproduit et négocié et se présente donc comme une connaissance provisoire et dynamique. Ce savoir est ainsi ancré dans son contexte d'interaction, crée et « acquis dans la participation à une communauté de pratique » (p 159)

Nous soulignons par là un travail de coordination qui nécessite forcément la participation de tous dans le cadre de la personnalisation d'un logiciel dans une pratique. Cette volonté exige dans le milieu de la santé un processus qui repose sur plusieurs facteurs c'est-à-dire la personnalisation doit d'abord être problématiser car elle entre dans un phénomène de changement et tout changement doit prendre en compte un objectif. Donc la problématisation

(Callon, 1986) qui explique la formulation de problèmes, entre différents actants. Pour lui, ces points de passage sont obligatoires. Une problématisation qui pourrait répondre à la question de simplification de l'outil afin de répondre aux problèmes. Ainsi, face à une formulation plus stratégiques des acteurs en particuliers les soignants qui jouent leur partition dans la manière de concevoir une technologie dans le milieu de la santé, une nouvelle forme de collaboration entre soignants et créateurs de l'outil se pose. Un travail qui commence et qui ne repose plus sur une vision unique qui se résume sur des aspects techniques. Cette collaboration est désormais une sorte de réseau entre ces deux acteurs qui ont comme lien la personnalisation de l'outil. Ici le travail entre les informaticiens et les soignants dépasse désormais le cadre technologique ou de l'informatisation d'une pratique, mais on voit apparaître par là une chaîne d'actions où chaque acteur est traité à tous égard comme un expert. Delà la question de l'expertise dans cette problématique de personnalisation n'est plus comme une source déclencheur de rapports de force ni de pouvoir mais un facteur rassemblant des humains et des non humains (Latour 2006). Des humains qui s'activent autour d'un outil pour propulser d'autres applications sur les pratiques d'une structure. Ce qui est souligné dans ces extraits:

« *Les logiciels sont faits pour pas mal de structures et les structures n'ont pas tous les mêmes besoins au même moment* ».

Ces constats risquent de marquer un tournant décisif dans la manière de concevoir une technologie dans le domaine de la santé. Les professionnels de santé en l'occurrence les utilisateurs tentent tel qu'il est souligné dans les extraits présentés plus haut, d'avoir la main en introduisant des « petits trucs » pour essayer de contourner les difficultés détectées pendant l'usage des logiciels au cours de l'activité.

C'est ce qui justifie la mobilisation de la théorie de l'action située et du savoir situé. Nous pensons comme les auteurs de cette théorie notamment Lave.J et Wenger E qui considèrent que :

« L'action et le savoir émergent des activités quotidiennes des acteurs dans des contextes spécifiques de travail » (Lave. et Wenger 1991)

C'est exactement ce que nous avons constaté à travers ce qui se passe à la clinique. En effet de nombreuses remarques ont été faites sur la personnalisation d'une technologie dans les pratiques cliniques. Cependant il faut reconnaître que l'idée de personnalisation émerge au moment où les utilisateurs sont en interaction avec tous les actants c'est-à-dire l'interaction avec le logiciel et l'interaction avec les patients, et aussi l'interaction entre les soignants. C'est dans le feu de l'action que les problèmes sont identifiés sur l'activité quotidienne.

Nous assistons ainsi à une tentative de récupération (Giroux 2006) qui s'inscrit tout naturellement dans la volonté de la personnalisation des technologies dans une structure.
Une volonté qui veut répondre non seulement à la notion d'uniformisation ou bien même l'imitation qui se joue dans la manière d'implanter le logiciel dans les structures de santé, mais aussi et surtout cette tentative de récupération peut nous faire comprendre comment est perçu le savoir en organisation.

L'étude des processus de travail sur le terrain nous oblige à revoir la notion de savoir dans les organisations. Dans ce travail, nous comprenons que le savoir est inséparable de la notion d'apprentissage organisationnel mais aussi de la notion de relation. C'est que nous allons détailler dans les lignes suivantes.
En effet, nous venons d'évoquer plus haut le terme de tentative de récupération. Nous mobilisons ce terme que nous avons emprunté des travaux de (Giroux 2006) pour le mettre en pratique dans notre travail. En effet la première compréhension de ce terme pourrait résider sur le fait de s'approprier d'un métier d'autrui. Donc le fait qu'un individu tente de récupérer toutes les connaissances sur un métier d'autrui différent de son propre métier. Cette définition ne nous convient pas dans ce que nous allons démontrer ici en ce qui concerne la problématique du savoir dans les organisations. Ce que nous amène ainsi à proposer une autre définition différente de celle élaborée plus haut.
La tentative de récupération d'un métier est un savoir qui se partage entre les membres de métiers différents qui discutent pour trouver un dénominateur commun entre deux domaines qui sont inséparables dont l'un ne peut aller sans l'autre. Donc deux domaines interdépendants. Là, il s'agit de nouer les savoirs (Giroux 2006). C'est ce genre de situation que nous avons noté dans ce que nous avons appelé dans ce travail la dimension méso qui repose sur l'interaction entre deux métiers c'est-à-dire dans ce cas ici : il s'agit du métier de l'informatique et celui du métier de soignants. En d'autres termes tel que le désignent les personnes de la clinique : la partie clinique et la partie métier (ou la partie fonctionnelle).
En effet du côté des utilisateurs, la partie technique dépend fortement de la partie métier. D'où en effet le sens de partager du savoir aussi bien entre les utilisateurs mais aussi et surtout entre les informaticiens. Le savoir est mis en avant dans le développement de la technologie dans la santé.
Partant de notre terrain nous seront mieux à l'aise à parler de cette dynamique que nous considérons comme un tournant. Ainsi la principale réponse des utilisateurs en l'occurrence des soignants composés d'infirmières et de médecins est de s'approcher des informaticiens

pour obtenir des résultats positifs sur les logiciels qui intègrent leur travail. C'est ainsi qu'ils livrent leurs savoirs volontairement aux informaticiens qui, souvent y puisent pour faire des études de développement d'un logiciel. Il s'agit pour les soignants d'avoir un outil qui répond leurs attentes. Ils livrent leur propriété intellectuelle aux informaticiens pour améliorer l'outil. C'est ce qui arrive souvent dans ce milieu tel que nous le souligne la responsable des systèmes d'information de la clinique : voici son témoignage :

« En fait pas à mon niveau mais au niveau des personnes, c'est-à-dire au niveau des utilisateurs c'est que il y'a une propriété intellectuelle qui éventuellement est mise au profit d'un prestataire. Après moi je vais éventuellement dire attention c'est une propriété intellectuelle êtes-vous sure que vous voulez partir dans cette démarche avec un prestataire et après c'est du ressort de la personne. Si elle veut partager sa propriété intellectuelle c'est de son propre chef.
Si par exemple un logiciel n'a pas toutes les fonctionnalités attendues et en fait on met en place un partenariat ce qui arrive de façon très régulière par ce que l'outil miracle n'existe pas, du coup la personne elle va passer du temps avec le prestataire elle va donner des explications et là on travaille sur sa propriété intellectuelle. Donc après c'est une démarche volontaire de l'utilisateur et moi dans ce sujet j'ai juste à la prévenir pour lui dire que ça une démarche volontaire de sa part et qu'elle a le droit de refuser. Et que si elle consent à travailler avec un prestataire et à travailler sur les spécifications là effectivement derrière c'est elle au bénéfice du prestataire, au bénéfice effectivement de l'établissement parce qu'on va utiliser l'outil. Et cela arrive de façon régulière ».

Donc ce témoignage, nous percevons clairement la volonté des professionnels de santé de travailler avec les informaticiens pour mettre en place un outil. Une telle volonté qui vient remettre en cause les discours qui soulignent que les professionnels de santé sont réfractaires aux technologies. Cet extrait met en relief la participation volontaire des utilisateurs dans le développement des technologies dans le milieu de la santé. Ici le fait pour un utilisateur d'accepter de mettre à la disposition d'un prestataire sa propriété intellectuelle montre une démarche essentielle qui est le fait de partagé le savoir. Donc une logique intellectuelle et sociale mise en avant plutôt qu'une logique commerciale ou économique.
Ainsi, il devient important dans ce travail de rechercher ce qui est à l'origine de la démarche des utilisateurs qui se livre volontaire sur la scène informatique en ce qui concerne en tout cas les logiciels dans le milieu de la santé. En effet on entend souvent dire de la part des

utilisateurs une expression qui est la suivante : *« Un outil fait par les informaticiens pour les informaticiens »*, un leitmotiv qui désigne la pensée des utilisateurs sur l'emprise de la technologie par les informaticiens.

Peut-on dire ainsi que nous assistons à des solutions qui feront face à ce ressenti ?

Ce que nous pouvons dire pour tenter de répondre à cette question c'est que les utilisateurs ou les professionnels de santé ne veulent plus revenir à l'âge de pierre et que le passage à l'informatique est acquis ce qui est un très grand pas pour un établissement de santé. Ce n'est pas ce qui se passe souvent mais nous avons noté cela dans la Clinique La sagesse, la culture informatique est arrivée.

Dans cette optique, se développent aujourd'hui plusieurs concepts dans le champ de la santé surtout dans les problématiques qui concernent les changements technologiques dans les pratiques cliniques. Ainsi on entend souvent utiliser des termes tels que : « personnalisation », « repersonnalisation », « distribution de savoir », « parties prenantes », « partenariats » « bidouillage », « repriorisation », « reparamétrage », « reconversion », « réappropriation », « contournement », bref autant de termes qui désigne l'élaboration de nouvelle stratégie des professionnels de santé après la mise en place d'un outil dans leur activité. Mettre en places des situations de contournement des logiciels faits par « les informaticiens pour les informaticiens » reste préoccupante pour les personnes qui exercent leur métier et qui attendent plus à un logiciel métier que technique. C'est dans ce sens qu'on arrive aujourd'hui à avoir des médecins qui « bidouillent » sur les logiciels pour tenter de l'adapter à leur pratique. Une initiative très remarquable qui montre la prise de conscience des utilisateurs dans la prise en charge globale des patients avec les nouvelles technologies. Ainsi, les soignants de plus en plus prennent des initiatives de développement des logiciels en cours d'utilisation. Un phénomène qui s'accentue de plus en plus dans les établissements de santé. Nous pouvons ainsi retenir le cas que nous révèle notre terrain à travers ces témoignages :

« C'est vrai que là on est entrain de rechercher notre dossier obstétrique et on a vu un dossier il y'a 15 jours où là les personnes ont dit « enfin un outil pas fait par les informaticiens pour les informaticiens » bonne nouvelle. Mais en fait c'est vrai que les prestataires ils ont à travailler et le souci en fait aujourd'hui c'est qu'on a des prestataires qu'effectivement ont un nombre de développeurs ou un certain nombre d'informaticiens mais qui ont très peu chez eux de personnes métiers et seuls les clients peuvent apporter la connaissance métier. Et donc de base l'outil est fait pour l'informaticien et c'est pour ça en fait bien souvent on entend un produit fait par les informaticiens pour les informaticiens. Là

en l'occurrence cette société elle est intéressante parce qu'en fait c'est une infirmière qui guide les développeurs. C'est un médecin qui guide des développeurs. Ils sont partis avec des personnes métiers pour guider des informaticiens et là effectivement bien forcément le ressenti n'est pas le même ».

« Voilà après moi j'ai travaillé avec des infirmières pour repersonnaliser un petit peu plus les choses sur le fait j'utilise les infirmières de terrains pour le faire c'est plus facile et après on avait fait un audit au mois d'avril donc on avait vérifié sur 30 dossiers comment s'était rempli donc le résultat n'était pas très mauvais dans l'ensemble. Il y'a des choses à améliorer donc on a mis des choses en place donc on a refait en fin novembre. Donc là c'est pareil je prends les infirmières de chaque pour les sensibiliser et quelque fois ça permet d'avoir un relais auprès de leurs collègues. Là j'ai pris deux infirmiers de services différents et puis là au mois de novembre ça va être deux autres services. Comme ça tout le monde sera un petit peu sur la même longueur d'ondes »

« Le médecin qui est avec nous a créé un outil informatique pour sortir des ordonnances par exemple donc il l'a bidouillé lui-même ce n'est pas un truc très informaticien mais cela veut dire qu'il est arrivé à quelque chose de concluant en ayant pas forcément des connaissances informatiques plus que ça. Donc il a découvert des choses sur un logiciel qu'il ne connaissait même pas et ça c'est parce qu'on sait quand même bien s'intéresser à l'outil on se l'est bien réapproprié. Cela à avantage qu'on connaisse bien on propose et pour eux ça désavantage car ils peuvent penser qu'on leur pique certaines choses peut-être »

Ces trois témoignages donnés par une personne de la partie informatique (le premier extrait) et deux personnes de la partie métier (les deux derniers extraits), mettent en exergue le pilotage et l'adaptation permanents du cadre technique dans les soins cliniques. En ce sens, est-ce une manière de répondre aux problèmes d'éthiques cliniques que nous avons longuement abordés dans le chapitre 2 de notre étude ?

Ce que nous avons retenu principalement de deux ces témoignages c'est que désormais les professionnels de santé n'attendent pas qu'on les implique dans le projet de mise en place, mais ils deviennent force de proposition. Nous constatons ainsi une implication spécifique :

Implication après la conception et la mise en place du logiciel où les utilisateurs savent maintenant qu'ils ont plus le choix et il faut désormais se réapproprier l'outil. Là l'outil est déjà fait par « les informaticiens pour les informaticiens ». Dans cette situation les utilisateurs réalisent au fur et à mesure les difficultés et les problèmes du logiciel dans le déroulement de

l'activité. Ainsi c'est là où ils identifient les soucis et proposent des solutions de sortie de ces difficultés. Il convient alors de remodeler l'outil pour qu'il devienne « **un outil fait par les informaticiens pour les soignants** ».

En sens ils commencent à faire appel au prestataire pour un éventuel développement de l'outil afin de l'adapter à leurs réalités quotidiennes pour répondre aux effets attendus. Dans cette dynamique de développement de la technologie, plusieurs artefacts interviennent en l'occurrence les médecins, les infirmières, les prestataires, les développeurs, la technologie, le coût, le langage codé, le langage décodé bref chacun des actants devrait jouer son rôle dans ce processus de développement de l'outil. Cette dynamique nous fait pensée à la théorie de la cognition distribuée (Hutchins) pour qui :

« Les systèmes cognitifs sont constitués des individus et des artefacts qu'ils utilisent »

Nous éclairons ainsi sur un espace d'apprentissage qui regroupe l'ensemble des éléments qui doit composer cette étape de développement du logiciel. La partie informatique en l'occurrence les gestionnaires, les informaticiens, les développeurs, qui font appel aux savoirs pratiques des utilisateurs en sollicitant leur réflexion sur les processus de travail via le logiciel pour les améliorer. Ce qui nous permet de se pencher sur l'étude du processus d'apprentissage ou (organizational learning) (Giroux 2006). Dans l'approche d'apprentissage, les phénomènes d'expertise et de rapports de force, en somme de savoir en organisation, ont fait l'objet de nombreuses études en communication organisationnelle (Koenig, 1994). Cet auteur considère définit l'apprentissage organisationnel ainsi :

« L'apprentissage organisationnel est un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences, qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes » (p, 76)

Dans cette perspective et partant de notre terrain, les soignants deviennent force de proposition sur les nouvelles fonctionnalités à intégrer dans le logiciel. Ce qui ne relevé aucunement l'idée de rapports de force comme on a tendance à le remarquer dans les situations de changement technologique. La principale préoccupation des actants cités plus haut est de passer l'étape « des logiciels faits par les informaticiens pour les informaticiens » à l'étape « des logiciels faits par les informaticiens pour les soignants ». Une dynamique de dépassement qui repose sur les compétences de chaque actant pour réaliser un logiciel performant.

Ils parlent alors de repersonnalisation d'une technologie qui offre des conditions de travail collectif pour réaliser des performances. C'est la raison pour laquelle, il nous semble important de penser la technologie (plus largement les informaticiens, les concepteurs, les éditeurs, les développeurs de la technologie) et la mobilisation des utilisateurs (en l'occurrence les professionnels de santé), non pas comme une opposition sans merci entre deux niveaux ou deux dimensions mais comme une confrontation entre deux « interfaces » : l'interface médicale et l'interface informatique. Au lieu de simplifier à l'excès ce débat en le polarisant autour des opposants et des réticents (autrement dit des acteurs décideurs et des acteurs de métiers), il est essentiel de montrer que ce qui est en jeu, c'est non pas deux, mais plusieurs conceptions de ce que doit être le rapport entre la technologie et le rôle des utilisateurs. La technologie et les rapports de force, la technologie et le pouvoir, la technologie et le soignant, la technologie et l'espace clinique. Si les débats autour de la modernisation de la santé ce sont tenus sur la scène publique, c'est qu'au-delà de la question du pouvoir qui est fondamentale, la personnalisation de la technologie par les utilisateurs pose celle d'un nouveau type d'acteur que doit être l'utilisateur dans la sphère technologique en l'occurrence la technologie en santé : utilisateur et/ ou transformateur ? Doit-il être l'un prioritairement sur l'autre ? Transformateur puis utilisateurs ? Les deux simultanément ?... De la réponse que l'on donne à cette question découle toute une conception du système technologique et sociale. Le débat est, l'on s'en doute, d'une actualité brûlante dans la sphère de la santé.

La compréhension de la technologie par les soignants dans leurs pratiques explique qu'on va émerger des nouveaux types d'utilisateurs-soignants qui comprennent et transforment la technologie avec les informaticiens dans un esprit de partage d'un savoir. Nous parlons alors de confrontation intellectuelle et symbolique qui oppose l'esprit de pouvoir et l'esprit de conflit, mais c'est la santé dans son ensemble que cette démarche intéresse. Tel que nous le révèle ces propos venant d'un médecin :

« Je trouve que c'est bien, il faut qu'il est des gens qui soient en interface avec médical et l'informatique quoi. Donc il faut qu'il ait des gens qui comprennent et qui sachent transformer ça et expliquer ça aux informaticiens par ce que c'est indispensable. Et ça ça existe au sein de la clinique il y'a plusieurs personnes qui travaillent, et qui savent comment expliquer les choses. Il faut des gens qui connaissent le terrain et qui savent expliquer cela aux représentants des logiciels »

C'est pour cette raison que nous parlons de confrontation intellectuelle qui s'opère sur la base de l'évaluation d'une technologie ou d'un logiciel dans l'activité. Ceci va dans les principes de performance et d'efficacité de l'outil au sein du travail qui préoccupe depuis longtemps les

chercheurs en organisations sur les questions du savoir (Knowledge) et les questions de l'apprentissage (learning). Nous l'avons déjà abordé plus haut, ce sont les théories de l'action située, du savoir situé et de la cognition distribuée qui veulent surtout éclairer sur le fait que les savoir se nouent dans les interactions.

- **Personnalisation et action**

Dans le cadre de la théorie de l'action situé, nous pensons comme Schuman(1987) que l'action est au cœur de la restructuration ou de la reconfiguration la technologie :
"Technology can take part in action since, like humans, it is interactive, it manipulates symbols, and it sets plans in motion"

Ce que nous illustrent ces témoignages recueillis successivement auprès d'un informaticien et de cinq infirmières :

« En effet l'outil miracle n'existe pas et il faut déjà partir de ce postulat « l'outil miracle n'existe pas » et puis quand on demande telle saisie ça peut représenter un contrainte et que derrière on sort telle information on sécurise telle soin etc, finalement ils comprennent mais d'un premier abord ils peuvent sentir cela comme une contrainte. Mais finalement après avec analyse ils se disent que finalement grâce à leur saisie finalement on a réussi à extraire des données on a finalement quantifié leur travail, on réussi à mettre des moyens humains parce qu'on a réussi à quantifier leur travail, ce qu'on ne pouvait pas quantifier avant sur le papier. De la même façon on a peut-être sécurisé un patient il y'a peut-être est une alerte que personne n'aurait vu autrement d'un point de vue médicamenteux »

« Au niveau médical ils sont à peu prés à jour après il y'a pleins de choses qui ne sont pas forcément collées à la réalité du terrain quoi. Donc ça on s'en rend compte à l'utilisation : par exemple quelque chose tout bête une perfusion tous les jours le patient il a une prise de sang dés fois on modifie juste un élément de la perfusion alors pour ça au jour d'aujourd'hui il faut annuler toute la perfusion et en recréer une complètement. Alors que normalement c'est juste une modification. Mais ce module là modification n'existe pas et donc ça c'est quelque chose qu'on demande depuis qu'on a démarré et qu'on devrait avoir en début d'année donc qui va nous compliquer la vie.
Par exemple comme un recette de cuisine là il ; faut trois gramme de sucre et pas 5 ce sera un peu dommage de réécrire toute la recette pour juste passer de 5g à 3g c'est juste une

modification de votre sucre. Là c'est pareil au niveau de la perfusion Aujourd'hui ils nous demandent de tout remodifier de tout recopier la recette pour juste un élément quoi. Et donc ça au quotidien c'est un peu compliqué. Parce que c'est notre quotidien tous les jours en fait et jus qu'à présent c'est vrai informatisé ailleurs c'étaient des structures de médecines et donc c'est vrai qu'ils n'ont pas été confrontés à ces genres de problèmes donc nous du fait qu'on fait des choses qui changent quasiment tous les jours en fonction de l'état du patient au post opératoire du coup tout cela c'est un peu compliqué et ça fait beaucoup râler parce qu'on tend à refaire complètement quelque chose pour juste un élément à changer quoi. Ca fait partie des choses qui pour nous sont prioritaires et eux pas forcément. C'est la partie métier et du coup ça un impacte sur les infirmières aussi parce que si la prescription n'est pas tout à fait bonne donc tout cela c'est des petites choses qui sont un peu agaçant au quotidien parce que vraiment notre partie métier mais du quotidien, c'est du bé-à-bas pour nous et c'est vrai que pas pour le logiciel quoi, il est trop rigide sur ces genres de choses »

« Ce qui n'était pas perçu dés le début. Il faut que les gens commencent à utiliser le logiciel pour identifier les difficultés. On ne pouvait pas savoir de quoi on allait avoir besoin même nous ça change tout le temps mais on savait qu'il y'avait des choses à faire évoluer, des choses où on a demandé des évolutions très rapidement et donc il y'a des choses qu'on a eu et il y'a des choses qu'on n'a pas eu et qui pour nous aujourd'hui sont prioritaires »

« Ils nous mettent une base et après nous on peut utiliser la base comme on veut en fait. Par exemple il y'a un base de formulaire avec trois formulaires dedans mais on peut en recréer d'autres. Pareils pour les constantes, ils nous livrent quelques choses avec des constantes et puis après nous on peut en rajouter ce qu'on veut d'autres. Voilà c'est cela nous notre personnalisation de l'outil. En fonction des établissements on personnalise différemment pareil pour faire des protocoles on peut soit en faire deux soit milles si on veut quoi. On a accès à l'outil aux éléments et après c'est nous de créer les éléments dedans et à ajouter autant qu'on veut à modifier, afin nous depuis qu'on a commencé, on avait plus de trois cent protocoles et aujourd'hui on s'est rendu compte qu'on les utilisait pas autant et aujourd'hui on veut changer de forme.
Donc on peut faire autant qu'on veut on arrête ce qui ne fonctionne plus mais on les garde au cas où on peut les remettre en route. Tout ça par contre c'est assez intéressant parce que ça nous permet en fonction de ce qui évolue dans la profession de pouvoir mettre à jour quand il

manque quelque chose on vient de voir et puis on pourra rajouter cela donc souvent on est avec une liste en fait »

« Pour l'instant avec les idées de chacune, on a essayé de faire quelque chose un plus personnaliser donc on a retravaillé sur des formulaires qui permettent de revoir le logiciel donc ce sont des documents que l'on réintègre dans le logiciel donc qu'on peut personnaliser autant qu'on veut »
« Voilà après moi j'ai travaillé avec des infirmières pour repersonnaliser un petit peu plus les choses sur le fait j'utilise les infirmières de terrains pour le faire c'est plus facile et après on avait fait un audit au mois d'avril donc on avait vérifié sur 30 dossiers comment s'était rempli donc le résultat n'était pas très mauvais dans l'ensemble. Il y'a des choses à améliorer donc on a mis des choses en place donc on a refait en fin novembre. Donc là c'est pareil je prends les infirmières de chaque service pour les sensibiliser et quelque fois ça permet d'avoir un relais auprès de leurs collègues. Là j'ai pris deux infirmiers de services différents et puis là au mois de novembre ça va être deux autres services. Comme ça tout le monde sera un petit peu sur la même longueur d'ondes »

Nous avons voulu présenter ces témoignages auprès des personnes de métiers différents (informaticien et infirmière, médecin) ou de même métier, afin de ressortir la dimension actionnelle qui permet de mieux comprendre la technologie (Schuman 1987). En effet, l'action ou même l'interaction entre la technologie et l'utilisateur apporte une performance de celle-ci car c'est dans l'action que les utilisateurs détectent les problèmes pour ensuite les remodeler. C'est aussi dans l'action que les utilisateurs saisissent les opportunités que leur est offerte la technologie. Car tel que le souligne l'informaticien :

« D'un premier abord ils peuvent sentir cela comme une contrainte. Mais finalement après avec analyse ils se disent que finalement grâce à leur saisie finalement on a réussi à extraire des données on a finalement quantifié leur travail, on réussi à mettre des moyens humains parce qu'on a réussi à quantifier leur travail, ce qu'on ne pouvait pas quantifier avant sur le papier. De la même façon on a peut-être sécurisé un patient il y'a peut-être est une alerte que personne n'aurait vu autrement d'un point de vue médicamenteux »
Là l'action de saisir sur le logiciel a permis de comprendre chez les utilisateurs que leur travail devient moins intensif contrairement aux idées reçues sur les technologies. Ce qui met en évidence la relation entre la technologie et le social auxquels, l'action devient un élément

qui les relie. Partant de là nous pensons que l'action humaine est basée sur la capacité des humains à intégrer les différents éléments du contexte dans lequel ils opèrent (Hutchins, 1995). C'est exactement ce que nous révèlent les témoignages ci-dessus dont la plupart révèlent les utilisateurs compte personnaliser leur logiciel. Et comme Hutchins l'a souligné, l'idée de personnalisation porte sur la dimension actionnelle qui fait entre en jeu d'autres éléments humains que matériels. Dans notre cas ici, l'action de saisir au fur et mesure sur le logiciel a fait que les utilisateurs d'un service vont travailler avec d'autres utilisateurs des autres services afin de saisir les manquements du logiciel HM afin de mieux personnaliser l'outil. Cette relation entre les humains et leur contexte dans l'accomplissement de l'activité quotidienne reste le principal objet étude de la théorie de la cognition distribuée, une approche qui nous inspire dans cette étape de notre travail qui porte sur la personnalisation de la technologie dans l'activité des soins. C'est une approche qui prend en compte un élément essentiel qui le contexte de la mise en place de la technologie. Un élément qui semble être un facteur important dans ce phénomène de personnalisation du logiciel HM. Car soulignons qu'HM a été pensé par les informaticiens pour les prescriptions des médecins. Or, les infirmières savaient qu'HM n'était pas le logiciel approprié pour les activités quotidiennes des infirmières. Mais le manque de logiciel adapté sur le marché a fait la préconisation du logiciel plutôt adapté sur la prescription médicale que sur les soins infirmières. C'est ainsi qu'elles tentent de personnaliser le logiciel avec la collaboration des prestataires. C'est ce que nous révèle une infirmière qui assume le relais entre le côté informatique et celui du métier :

« Là on est entrain de travailler avec le prestataire pour essayer d'avoir quelque chose de plus synthétique. Plus synthétique en fonction si on est une infirmière ou si on est une aide soignante ou si on est médecin on n'a pas les mêmes choses donc pouvoir paramétrer comme on veut. Donc ça c'est en cours on espère mettre ça en début 2013 en place »

C'est pourquoi nous inscrivons également notre étude dans l'approche de la cognition distribuée qui apporte un éclairage sur la manière dont les individus interagissent les uns des autres et avec les artefacts afin de mener et de maîtriser leurs activités quotidiennes dans la routine. Il s'agit ainsi d'adapter le logiciel dans chaque métier ce qui nécessite l'implication de tous les acteurs concernés. Nous pouvons dire dés lors que ce phénomène de personnalisation qui se déroule après la mise en route du logiciel peut expliquer plusieurs facteurs dont un certain nombre d'auteurs ont abordé les critères de performance une technologie. Nous citons en l'occurrence Orlikwoski (2000) qui avait vu ce facteur d'implication des utilisateurs comme un élément de performance et de productivité.

Ainsi, nous mettons en évidence ici que ce nous appelons dans ce travail les théories de l'action située, les savoir situés ou la cognition distribuée, semblent être un prolongement de la théorie de la structuration en ce qui concerne le travail intellectuel qui pour les auteurs appartenant à ces théories repose d'abord sur une connaissance de terrain qui implique un rapprochement entre les différents acteurs.

- **Vers un rapproche entre la partie métier et la partie technique**

La confrontation intellectuelle montre que la technologie dans le domaine de la santé est loin d'être une pensée linéaire mais elle est beaucoup plus complexe. En effet la dimension symbolique qu'incarne la technologie surtout dans le domaine de santé s'explique clairement sur le fait que les informaticiens ne doivent pas circonscrire l'ensemble de leur pensée à la réalité du métier médicale.

La pensée informatique, se décline de deux manières au moins : une première version évaluative portée par les utilisateurs (médecins, soignants, aides-soignants et autres) qui permet de distinguer les problèmes techniques et les problèmes fonctionnels. La partie technique qui concerne les informaticiens, les développeurs, les responsables informatiques, les gestionnaires des systèmes d'information, les prestataires, qui s'opposaient face aux personnes métiers tentent de se rapprocher à ce derniers.

En revanche, la partie métier que l'on a tant défini comme réfracteurs de la technologie, se voit désormais transformer la technologie en fonction des réalités de ses activités quotidiennes. L'utilisateur est un décideur et son intégration technologique doit se manifester dés la phase de la conception de la technologie, donc juste dans ses forces de propositions. Cette force de proposition ne doit pas être compartimentée. C'est-à-dire les projets technologiques imposés par la réglementation sont souvent à l'initiative de l'informatique. Mais il peut y'avoir des projets qui sont à l'initiative des personnes métiers qui constatent parfois des parties de leurs activités à informatiser Dans ces deux logiques informatisations, les utilisateurs attendent toujours d'être confrontés à des problèmes devenir force de proposition. Autrement dit, les utilisateurs ne doivent apporter leurs idées après l'identification des difficultés. Leur intervention ou bien même la collaboration avec l'informaticien doit se faire dès les premières étapes si on sait que le changement technologique se fait dans trois phases qui sont notamment la phase d'élaboration, la phase de test et enfin la phase de la mise en place. Or, en général l'utilisateur n'est pas concerné par ces trois phases. Une démarche qui suscite une incohérence au niveau de la partie métier. Le système informatique qui régie d'une pensée linéaire doit nécessairement intégrer les convictions des utilisateurs.

Dans une certaine mesure, cette dynamique entre partie technique et partie métier dans le milieu de la santé, n'est pas perçu par les utilisateurs comme une tentative de récupération
Pour les utilisateurs tout comme Giroux (2006) il s'agit d'une sorte de valorisation de savoir entre les différents acteurs qui veulent construire un système performant. Cette dynamique n'est d'ailleurs sans rappeler le concept de communauté de pratique (Lave.J et Wenger.E, 1991) qui le défini ainsi :
« Comme un groupe de personnes qui se rencontrent afin de solutionner un problème commun, de développer des aptitudes, d'échanger des connaissances. Dans une CP, les membres sont reliés entre eux par une pratique commune, par l'implication et l'identification à l'expertise du groupe ou par une passion. Ce sont par exemple des collectionneurs de meubles anciens, des passionnés d'informatique, des fans de football ou de formule 1, des horticulteurs ou des ornithologues amateurs» (Giroux, 164)

Quand à Chanal (2000) constate l'avantage des communautés de pratiques comme une pratique : *« qui est utile pour articuler le niveau individuel et le niveau organisationnel »*

De telles définitions des communautés de pratiques semblent opératoires pour la situation technologique dans la santé marquée par une forte opposition des acteurs de différents niveaux. Cette partage de savoir semble d'autant plus valable dans les organisations de santé que Gérard.K (1994) lui-même parle d'un apprentissage pour montrer comment le savoir tacite peut être modifié, diffusé, perpétué au sein de l'organisation. Ainsi la partie métier tend à partager son savoir avec la partie informatique jugée excessive dans la circonscription de la technologique. Actuellement ce sont les personnes métiers qui atténuent cette pensée linéaire et qui considèrent toute congruence entre la partie technique et la partie métier comme un tournant, rapprochement des savoirs métiers et des savoirs informatiques. Ce que nous révèlent successivement une infirmière et un médecin de la direction de l'information médicale:

« Là ils (les informaticiens) sont entrain de le faire au fur et à mesure parce qu'on voit bien là quand on nous pose des questions ce ne sont pas des questions anodines et c'est vrai qu'on voit bien que maintenant ils essayent de se rapprocher sur certains domaines, il y'a d'autres Je pense qu'ils d'autres où eux aussi ils ont du mal à pouvoir évoluer leur fonctionnalité quoi. Mais bon on arrive un peu plus à se faire entendre qu'il y'a quelques temps »

« Je trouve que c'est bien, il faut qu'il est des gens qui soient en interface avec médical et l'informatique quoi. Donc il faut qu'il ait des gens qui comprennent et qui sachent transformer ça et expliquer ça aux informaticiens par ce que c'est indispensable. Et ça existe au sein de la clinique il y'a plusieurs personnes qui travaillent, et qui savent comment expliquer les choses. Il faut des gens qui connaissent le terrain et qui savent expliquer cela aux représentants des logiciels »

On pourrait donc emprunter les savoirs qui émergent des pratiques pour améliorer la performance d'une technologie.

- **Un acteur en émergence** :

De même que l'esprit d'innovation n'habite pas seulement les informaticiens et autres, l'esprit médical est également préoccupé par ce phénomène. Les professionnels de santé prônent aussi la modernisation du système de santé par les technologies de l'information. On les entend souvent dire ces propos : Nous ne voulons pas revenir à l'âge de pierre. Ce qui montre que le passage à l'informatique dans les structures de santé en l'occurrence la Clinique La Sagesse de Rennes, est acquis : nous pouvons l'attester à travers ces propos :

« Moi personnellement ce qui m'intéresse c'est parce qu'on avance. On n'a pas envie de rester à l'âge de pierre, il faut que ça évolue vite et bien. Il y'a un souci d'amélioration, de quantité, de mieux être pour tout le monde, les gens pour les recevoir avoir du temps avec eux et puis pour nous travailler dans des bonnes conditions. Oui il y'a un souci parce qu'on est une petite structure donc toujours on a voulu faire mieux ou peut-être un peu quoi. On a toujours voulu voir comment on peut faire améliorer. Ce qui nous intéresse le plus c'est aller de l'avant »

Ce qui est en parfaite contradiction avec ce qui se dit souvent dans les problématiques de changements organisationnels via les technologies.

L'acquisition de la culture informatique dans ce secteur a entrainé l'émergence d'un nouvel acteur que l'on peut nommer dans ce travail acteur-métier. En effet on assiste aujourd'hui de plus en plus dans le domaine de la santé des médecins qui se convertissent en informaticiens pour mieux vivre l'ère de l'innovation dans leur temps. C'est le cas par exemple d'un infirmier qui travaille au Centre Hospitalier Universitaire de RENNES, qui est devenu maintenant informaticien et qui met en place des logiciels dans la pratique cardiologie. Ainsi d'après les informations obtenues auprès de ces collègues le logiciel est très fabuleux comme

ils le disent et répond carrément à leurs attentes. Très contents du travail de leur pair, voici en général ce qu'ils pensent de ce phénomène :

« C'est comme si moi on me demander de faire mécanique demain et je ne connais rien quoi. Moi je pense qu'il faudrait qu'on commence à réfléchir sur comment les soignants qui connaissent leurs pratiques pourraient créer des logiciels il faut que la tête intelligente soit les données, les besoins du soignant quoi pour le patient pas les données de l'informatique. Donc il faut connaître les pratiques d'abord pour mettre en place après »

On retrouve donc de plus en plus des acteurs-métiers engagés, volontairement dans la création d'un logiciel de soins : ce que les informaticiens pourraient considérer comme une menace sur leur métier (car ils risquent de perdre leurs travails) ou comme une tentative de récupération de la part des soignants : être à la fois soignants et créateurs de logiciels ou développeurs restent les principaux projets des soignants. Les soignants revendiquent en effet leur statut de responsable dans le phénomène de recomposition des structures de santé. Ils entendent de se défaire des discours dominants qui valorisent les technologies et catégorisent les professionnels de santé comme étant des gens qui sont réticents à celles-ci.

Pour les professionnels de santé, il ne faut pas confondre réticence et vigilance. La véritable raison pour eux c'est que soit le système qui est mis en place, il doit être capable d'assurer des impératifs médicaux. Ils veulent toujours assumer cette vigilance collective qui pour eux ne réside pas forcément dans la technologie.

Cependant, tel que nous l'avons soulignons tout au long de ce chapitre et dans l'introduction de la deuxième partie, nous assistons de la part des professionnels de santé un ressenti profond qui se traduit par leur volonté de gérer eux même le système d'information des soins. Ils revendiquent désormais une gestion transversale qui repose sur une connaissance interdisciplinaire enjeux fondamental de la société postmoderne mais aussi l'un des enjeux de la communication organisationnelle : des médecins qui deviennent des gestionnaires dans leur domaine. Ainsi la communication organisationnelle a exploré ce champ de recherche d'une manière très spécifique en mettant sur le devant de la scène des concepts qui viennent rendre opératoire cette volonté. Nous citons notamment les communautés de pratiques (COP) qui prône le partage de savoir en organisation et l'apprentissage organisationnel qui s'inscrit dans la même lignée que les COP et qui est défini plus largement par Lave 1991 comme suit :

« L'apprentissage est reconnu comme un phénomène social qui se constitue dans l'expérience, dans le monde vécu, à travers la participation…dans une pratique sociale en

cours : le processus de changement des habiletés s'insère dans un ensemble de processus de transformation de l'identité à travers l'adhésion à une communauté de praticiens » (p.64)

En effet si être volontaire c'est pouvoir dire non peut-on dire dans ce cas que l'investissement des soignants dans le domaine informatique serait une façon de mieux faire face à la pensée technique. Si on sait que dans l'adhésion à la communauté, le membre non seulement apprend à « faire » mais aussi à être Par conséquent les soignants qui s'adonnent à d'autres pratiques entrent dans une phase d'apprentissage qui leur aide à participer au développement de la technologie médicale. Nous avons vu des médecins qui mettent en place des logiciels comme le cas par exemple d'un médecin anesthésiste qui travaille à la clinique. Voici le témoignage d'infirmière qui a utilisé ce logiciel :
« Le médecin qui a conçu le module que nous considérons qu'il est plus performant en temps car au niveau prescription il est rapide, facile à utiliser n'importe qui arrive à l'utiliser n'importe qui peut savoir prescrire sans formation il est très intuitif par contre il manque des choses qui ne sont pas aux normes dans ce qu'on nous demande aujourd'hui par exemple la traçabilité dans l'informatique tout ça il ne sait pas le faire donc ça ne marchera pas. On demande à transférer effectivement cet outil sur HM donc c'est en cours »

A travers ce témoignage nous soulignons deux choses importantes : d'une part le logiciel réalisé par le médecin reste très apprécié par les soignants car il est intuitif et répond au critère de temps. Rappelons que notre évaluation sur les deux logiciels à savoir (HM et CURSUS 3) après presque 1 an et demi d'utilisation, les utilisateurs nous ont affirmé que les deux logiciels n'étaient pas intuitifs. Une situation qui provoquait une perte de temps énormes. Ainsi voilà maintenant avec les connaissances d'un médecin qu'un outil intuitif vient d'être créer et apporte satisfaction du côté des soignants jusqu'à ce qu'ils prétendent d'intégrer ce module dans HM comme module complémentaire qui résoudrait ces difficultés.
D'autre part, si ce logiciel créé par un praticien satisfait les utilisateurs du point de vue intuitif et réactivité, ce logiciel présente une insuffisance du point de vue de la traçabilité. Car n'étant pas informaticien, le médecin n'a pas les connaissances techniques pour prendre en compte les normes de traçabilité dans le logiciel qu'il a réalisé. Alors que tel que nous l'avons souligné dans notre introduction générale, la traçabilité des soins est l'une des raisons fondamentales de la modernisation des structures de santé en France. Mais également, la traçabilité est l'élément de justification majeur pour les acteurs à mener à bien un changement technologique dans le domaine de la santé car c'est la traçabilité qui peut motiver les

professionnels de santé qui y voient un facteur de protection. Dès lors, nous constatons un manquement dans les deux sens. Ce qui pourrait jouer sur la performance du logiciel. En ce sens, nous nous interrogeons sur comment la clinique doit procéder pour mettre en place un outil qui répond aussi bien aux critères de temps, ainsi que ceux de la traçabilité. Quelle est la démarche de partie technique pour intégrer les besoins de temps dans le logiciel ? Quelle est la démarche de la partie fonctionnelle (partie métier) pour intégrer les besoins de traçabilité ?
En effet, selon les personnes contactées, la partie technique et la partie fonctionnelle sont complémentaires, voici les témoignages de deux soignants
« La partie technique et la partie fonctionnelle sont intimement liées. C'est pour quoi en fait la partie technique est rédhibitoire d'un côté, la partie fonctionnelle rédhibitoire de l'autre côté. Donc il faut qu'on trouve le logiciel qui d'un côté technique satisfait les techniciens et d'un côté fonctionnel satisfait les fonctionnels (les personnes métiers) »

« La partie technique c'est vraiment eux puis que c'est leur travaille mais il faut qu'eux se mettent pour la partie soin avec nous quoi. Parce que là ça commence à être bon au bout d'un an mais au début c'était compliqué »

Nous notons à travers ces deux témoignages que le choix d'un logiciel repose sur l'articulation entre deux dimensions : technique et fonctionnelle. Et que les deux doivent travailler ensemble pour répondre aux attentes. C'est ainsi que nous allons encore une fois explorer davantage le concept d'apprentissage organisationnel. En effet, après voir exposé les préoccupations de chaque dimension dans la conception d'un logiciel, nous pensons une la performance d'une technologie est l'aboutissement d'un apprentissage entre les différents membres de l'organisation, qui doivent être en interaction pour se compléter dans leur travail. Un espace d'apprentissage où les personnes se complètent pour arriver à un but. Il s'agit alors de se dépasser sur plusieurs niveaux : un dépassement des savoirs, un dépassement de discipline, un déplacement de cadre de travail, un dépassement de pensée bref, un espace d'apprentissage où les différents acteurs déconstruisent leurs savoir-faire et savoir-être pour avancer dans leurs difficultés. Là on ne parle plus d'un niveau mais de multi-niveau (niveau micro, niveau macro, niveau méso) qui compose l'espace d'apprentissage (individu-groupe-organisation) et comme les auteurs qui ont beaucoup mobilisé ce champs de recherche qui est l'appretissage (Chanal 2000, Gherardi et Nicolini 2000, Crossan et al, koenig 1994 et plusieurs autres), ces auteur pensent que :

« Le processus débute au niveau individuel par l'intuition de « patterns » et de potentialités que la personne découvre dans le flot de son expérience au quotidien. Pour influencer les autres, ces idées nouvelles doivent devenir des interprétations, c'est-à-dire devenir des explications pour soi et pour les autres sous forme de mots, d'images ou d'actions. On passera au niveau du groupe lorsque ces interprétations seront partagées dans la conversation, le dialogue. Viendra alors le processus d'intégration lorsque, dans des systèmes interactifs se produira l'ajustement mutuel dans l'action conjointe et coordonnée. Cet ajustement entre les acteurs sera l'origine d'une nouvelle compréhension commune aux individus, en somme un apprentissage partagé. Ce processus d'apprentissage, au départ informel, s'il s'avère significatif, deviendra routinier. On en viendra alors à l'institutionnalisation au niveau organisationnel de ce processus dans les procédures, les structures, la stratégie. (Giroux 2005, p 174)

Dans cet extrait qui met en exergue la conversation et le dialogue dans le processus d'apprentissage, la communication est au cœur de ce processus que nous pouvons aussi appeler « processus organisant ». En confrontation cette pensée avec notre hypothèse de départ, nous pouvons confirmer que prendre en compte la dimension communicationnelle dans les changements technologies est apport fondamental à bien mener un projet. Négliger cette dimension entrainerait des manquements qu'on a pu constater à travers l'étude de deux logiciels. Ce résultat on l'a pu obtenir du fait qu'on jugé nécessaire de mettre l'accent sur l'interaction, l'activité, le collectif et non pas sur l'organisation elle-même. Autrement dit, en mobilisant la théorie de la sociologie de l'innovation (Latour 1995, Callon 2006) nous pouvons réaffirmer le rapprochement entre la partie technique et la partie métier fait l'objet d'un travail collectif qui se présente comme un faisceau de relations entre différents individus qui se retrouvent dans un même espace et non un travail de réseau.

Quand une infirmière qui assure le relais entre la partie informatique et la partie métier nous dit :

« Quand on nous pose des questions ce ne sont pas des questions anodines et c'est vrai qu'on voit bien que maintenant ils essayent de se rapprocher sur certains domaines Je pense qu'ils d'autres où eux aussi ils ont du mal à pouvoir évoluer leur fonctionnalité quoi. Mais bon on arrive un peu plus à se faire entendre qu'il y'a quelques temps »

Ces propos sont très significatifs car ils résument tous le discours intégratif longtemps prononcé par les professionnels de santé qui avaient comme objectif de travailler avec les acteurs décideurs dans les projets technologiques dans le domaine de la santé.

Ce qu'elle nous dit peut confirmer ce qu'on vient de souligner dans les lignes qui précédentes sur le fait que seule une interprétation collective des difficultés peut permettre de résoudre les difficultés des logiciels dans les pratiques.

Nous notons également que les dispositifs communicationnels sont très présentent car poser des questions montre que la personne s'attend à une réponse envers l'autre. C'est le fait de se mettre en relation avec l'autre, d'installer le dialogue, de créer une conversation avec l'autre. Donc cette dynamique de reconstruction du logiciel ou du développement du logiciel qui inclus à la l'informaticien, le développeur, le soignant, va se dérouler désormais dans la conversation (Taylor 1996). Ainsi, peut-on parler de reconstruction sociale de ces deux logiciels qui se fait dans un « tissu de communication » (Taylor, 1993). La communication une cause fondamentale dans la reconstruction sociale d'une technologie. Nous parlons de reconstruction car nous faisons allusion au développement du logiciel par sa mise en place et l'identification des difficultés. Nous utilisons ainsi le mot social car cette phase de reconstruction doit se faire par et dans des modalités de communication.

Pour revenir au processus d'apprentissage, on peut utiliser un concept voisin, celui de « compagnonnage » un terme souvent utilisé par les soignants et les acteurs décideurs pour décrire leur stratégie de travailler ensemble. Nous empruntons ce terme « Compagnonnage » pour le confronté d'abord à la théorie de l'acteur réseau qui a met en place le concept de mobilisation des alliés après avoir intéressé les utilisateurs sur un projet technologique. En effet la stratégie de compagnonnage n'est rien d'autre que le fait que les utilisateurs motivent leurs paires mais également entre personnes de métiers différents. Donc cette sorte de mise en réseau dans le travail se réalise dans une dynamique de communication qui s'avère porté ses fruits dans la reconstruction sociale du logiciel.

Ce terme de « compagnonnage » peut être aussi associé à la théorie de l'activité. Car en portant notre unité d'analyse sur l'activité et non pas sur l'organisation, nous constatons que c'est un terme qui émerge de l'organisation du travail qui se produit au cœur même de l'activité de production. Dans le cas que nous étudions, il s'agit des activités unissant différents acteurs (médecins, infirmières, aides-soignants, informaticien, logiciel, développeurs, langage) qui vont se retrouver sur un espace de communication (organisation ou structure) pour définir des objectifs. Engestrom parle de processus critique dans le cadre d'apprentissage car selon lui c'est là ou se posent les questionnements, les contradictions, et

les débats. Dans notre étude, la nouvelle perspective de la clinique dans le développement des logiciels repose sur un apprentissage que l'on peut considérer comme un processus critique. Chaque utilisateur va s'auto-évaluer en fonction de son expérience avec le logiciel et s'engager à échanger cette expérience avec l'informaticien. Autrement un partage de savoir tacite qu'Engestrom (1999) nomme « apprentissage expansif » et qu'il définit ainsi :

« L'apprentissage « expansif » quand la communauté de pratique s'auto-analyse et se transforme elle-même »

Donc, toujours dans cette étude de rapprochement en la partie technique et la partie métier, nous éclairons sur un caractère hautement réflexif des différents acteurs pour répondre aux attentes du changement organisationnel : comment se reconstruit un logiciel pour qu'il soit performant ? Dans quelles mesures l'apprentissage peut-il se réaliser ?

Dans les cas décrits par la théorie de l'acteur réseau, par la théorie de l'activité, par Taylor (1993), l'action située, la cognition distribuée, permettent de mettre la main sur les difficultés qui se manifestent sur l'activité. Ainsi, pour les auteurs de ces théories, il s'agit de procéder à des pratiques (apprentissage organisationnel, communauté de pratique) qui constituent le travail et qui stimulent les modalités de communication tel que la négociation, la conversation, l'échange, bref tout ce qui permet de générer de nouveaux des savoirs, de nouvelles créations de connaissances.

Dans cette même dynamique où il convient de mettre la communication au cœur du « processus organisant », la théorie de la structuration s'interroge également sur les effets organisationnels de l'évolution de la technologie dans les pratiques. En effet quand Orlikowski (2000) distingue la notion d'appropriation à celle de l'énaction, cela explique qu'il existe plusieurs façons d'être en interaction avec la technologie.

L'appropriation peut –être définie par l'utilisation de la technologie par un acteur qui de façon linéaire et très simple comprend le fonctionnement de la technologie grâce à des pratiques telle que la formation. Autrement tous les moyens qui lui permettent d'utiliser l'outil. En résumé nous pouvons dire l'appropriation repose sur une compréhension linéaire de la technologie nous dirons même une démarche superficielle de l'utilisateur avec la technologie.

La notion d'énaction elle va au-delà de l'appropriation, l'interaction est plus pointue, nous pouvons même parler de réappropriation de la technologie c'est-à-dire grâce à une forte implication et intéressement, les utilisateurs découvrent des nouvelles choses qu'ils ne connaissaient pas avant ou bien qui n'étaient pas prévues dans la configuration de la technologie. Nous faisons ainsi appel, à la pensée de Giddens (1984) qui met en exergue la réciprocité des relations de causalité entre la technologie et l'organisation. Ce principe de

causalité nous percevons mieux dans notre étude au niveau des relations entre l'utilisateur et la technologie et non pas entre le logiciel et la clinique. Dans notre recherche, nous constatons que les soignants énactent le logiciel à leur manière. En effet quand les soignants nous parlent de raccourcis, de modification, de reparamétrage, de contournement, bref toutes les situations qui œuvrent à la réappropriation de l'outil, c'est que nous pensons que l'utilisateur va au-delà même de ce que lui est fournie la technologie. Nous pouvons confirmer cela à travers ces propos :

« J'utilise le logiciel en tant que soignante et j'utilise aussi le logiciel pour le reparamétrer donc je connais vraiment les avantages et les inconvénients. Parce que même nous on a vraiment envie de changer il y'a des choses qu'on a notre façon de penser, notre façon de faire depuis qu'on le logiciel. Avec ce logiciel il y'a des choses qu'on plus forcément la même chose comme avant. C'est sait quand même adapter malgré tout et comme tout changement modifie les comportements »

« Le médecin a découvert des choses sur un logiciel qu'il ne connaissait même pas et ça c'est parce qu'on sait quand même bien s'intéresser à l'outil on se l'est bien réapproprié. Cela à avantage qu'on connaisse bien on propose »

Ces témoignages nous mettre en pratique le concept de récursivité (Giddens 1994), pour décrire la démarche des soignants dans la réappriopriation du logiciel dans les pratiques. Quand une infirmière nous explique tout le processus de soin qui est basé sur la perfusion par exemple :

« Par exemple quelque chose tout bête une perfusion tous les jours : le patient il a une prise de sang dés fois on modifie juste un élément de la perfusion alors pour ça au jour d'aujourd'hui il faut annuler toute la perfusion et en recréer une complètement. Alors que normalement c'est juste une modification. Mais ce module là modification n'existe pas et donc ça c'est quelque chose qu'on demande depuis qu'on a démarré et qu'on devrait avoir en début d'année donc qui va nous compliquer la vie.

C'est comme une recette de cuisine là il ; faut trois gramme de sucre et pas 5g ce sera un peu dommage de réécrire toute la recette pour juste passer de 5g à 3g c'est juste une modification de votre sucre. Là c'est pareil au niveau de la perfusion Aujourd'hui ils nous demandent de tout remodifier de tout recopier la recette pour juste un élément quoi. Et donc ça au quotidien c'est un peu compliqué. Parce que c'est notre quotidien tous les jours en fait »

Dans ces propos nous retenons une phrase important : *« Alors que c'est juste une modification »* c'est là où nous faisons appel au concept de récursivité de Giddens. Là le langage de programmation de l'informaticien ne correspond pas à la situation qu'on doit administrer une perfusion à un patient. De là, le soignant s'attèle à utiliser d'autre démarche plus simple pour mieux mener la perfusion. Donc il doit se baser sur les données du logiciel en faisant appel à d'autres données plus simples puisées dans ses savoirs et ses expériences.
Dans cette perspective, le concept de l'énaction qui montre le rapport très étroit en l'utilisateur et son outil est très proche de la notion de récursivité. Les auteurs (Giddens, Orlikowski) tentent de montrer à travers ces concepts que les soignants peuvent dans une certaine mesure déterminer en partie et structurer leurs réalités. Ce qui est sans doute pour ces auteurs l'une des démarches les plus capitales dans l'utilisation de la technologie dans une pratique. Car pour eux c'est dans la technologie en pratique que l'on obtient la productivité.

Vers une implication à haut niveau

Si Orlikowski pense qu'il faut impliquer les utilisateurs dans le début du projet, pour obtenir un changement organisationnel réussi et une technologie productive dans les activités. La théorie de l'acteur réseau (Callon et Latour) pense qu'il faut impliquer les personnes dés l'étape de la problématisation du projet et les intéresser en créant des événements. Les autres théories en l'occurrence la théorie de l'activité, la théorie de la cognition distribuée, l'action située et plusieurs autres appréhendent la technologie en mettant l'activité et l'action au cœur du processus. Cependant force est de constater que ces auteurs peuvent aller plus loin dans leur recherches sur les problématiques qui concerne la technologie dans les organisations plus particulièrement les organisations de santé.
En effet notre terrain nous a donné l'opportunité de compléter le travail enrichissant de ces auteurs dans le champ de la communication des organisations. La contribution modeste que nous voulons apporter dans cette étude sera juste un prolongement de ce qui a été déjà révéler par ces auteurs. Ainsi, en puisant toujours des éléments de notre terrain, nous allons pouvoir mener ce travail qui vient compléter les écrits menés dans ce sens.
Ainsi, nous pensons que ce qui manque dans les travaux des acteurs repose sur l'implication des utilisateurs avant même la conception de la technologie. Nous avons constaté que les difficultés sont identifiées pendant l'utilisation de celle-ci donc après la mise en place de l'outil. C'est là où les utilisateurs s'aperçoivent que l'outil n'est pas adapté à leurs pratiques,

c’est là où les utilisateurs évoquent souvent cette phrase : Un outil fait par les informaticiens pour les informaticiens. C’est là où les utilisateurs tentent de remodeler l’outil à leur manière. C’est là où les utilisateurs ont la prétention de créer leur propre outil. Bref, des conditions qui montrent que l’utilisateur peut mettre la main là où la technologie reste peut performant.

Cette situation nous amène à penser qu’on pourrait contrecarrer ces manquements du logiciel dés sa conception en implications ce qu’on a appelé dans ce travail les acteurs métiers. Or c’est tout à fait la contrairement car l’acteur métier n’est pris en compte qu’après la décision de mettre en place l’outil. Ils ne sont pas pris en compte ni au processus du cahier des charges ni même au processus de l’analyse fonctionnelle. Ce qui est en total contradiction avec ce que devrait être tout changement organisationnel dans les organisations ou du moins dans les organisations de santé. En effet toute bonne conduite d’un changement organisationnel portant sur la technologie doit faire l’objet d’impliquer les futures utilisateurs pendant la rédaction du cahier des charges et pendant l’analyse fonctionnelle de l’outil.

Partant de notre terrain, il nous semble que certains soignants ignorent ces deux termes en milieu organisationnel. Par exemple quand nous avions demandé à certains soignants s’ils étaient impliqués lors de l’élaboration du cahier des charges et de l’étude de la faisabilité d’un éventuel logiciel qui serait préconisé dans leur établissement, ils ignoraient la signification de ces deux artefacts organisationnels que nous considérons fondamentaux dans un processus de changement technologique. Alors, normalement c’est ce qui prévu dans les textes tel que nous le rappelle un médecin :

« Quand on fait un cahier des charges (moi j’ai appris ça quand j’ai fais mon DESS sur le traitement médical) on part des besoins des utilisateurs, et après les sociétés techniques adaptent la technique, et les outils qu’elles ont mais à mon avis il ne faut pas partir d’un pré-requis ou des logiciels qui existent ailleurs, il faut vraiment mettre sur la table ce dont on a besoin »

Par ce témoignage il suffit de dire que le fait de procéder au cahier des charges dans un projet est une évidence, reste à voir si son application implique les personnes concernées.

Selon le procédé de la clinique La Sagesse de Rennes, tout le monde ne peut participer à la séance où l’on doit définir ces deux formes organisationnelles. Ainsi ce sont justement les prestataires, les personnes de la partie technique et les référents de chaque service de soin qui doit assister à cette séance où ils doivent choisir l’outil et discuter sa fonctionnalité. Les autres utilisateurs qui utilisent quotidiennement le logiciel n’assistent pas à la séance et doivent se contenter à l’étape de la formation. Est-ce peut-être cette démarche qui discrédite un projet en

organisation ? Doit-on impliquer davantage toutes les personnes susceptibles d'utiliser l'outil ?

En tout cas ce qu'on a retenu dans cette étude ce que ces deux artefacts organisationnels ne sont pas connus par les principaux concernés et que cette situation atténue la médiation entre les soignants et les prestataires. Quand, un soignant nous dit ceci :

« Ils développent avec des informaticiens pures, très pures certains mêmes parce qu'ils ressemblent plutôt au guide qu'à autres choses et on a pas du tout le même langage. Du coup nous on avait demandé à être un peu dans leur cellule dans leurs réunions avant qu'ils mettent quelque de commun en place. Pour qu'ils gagnent en efficacité quelque part parce qu'en fait ils nous proposent des choses mais on n'a pas le même langage donc on n'a pas la bonne réponse. Donc ça reste un outil informatique et nous dés fois on est un peu tordu dans nos démarches et donc dans les deux sens je pense qu'il faut que cela fonctionne. On ne peut pas couper cette communication entre nous et le prestataire »

Ce témoignage est très significatif et résume tout ce qu'on vient de dire sur le manque d'implication des acteur-métiers dans le processus organisationnel représenté dans le domaine de la santé par le cahier des charges et l'analyse. Ces artefacts organisationnels ne sont pas des artefacts de médiation car ils n'incluent pas les acteurs qui font appellent à la médiation à savoir l'ensemble des soignants. D'où leur indignation qui se révèle à travers cet extrait.

L'autre dimension qui ressort de cet extrait est la dimension langagière qui reste très réduite dans la relation entre le prestataire et le soignant. Une situation qui résulte de la démarche d'exclusion des soignants dés la phase de la conception du logiciel mais aussi dans les processus d'élaborations du projet (rédaction du cahier des charges et l'analyse fonctionnelle). Nous ne pensons que la dimension langagière qui est absente dans ces deux cas qui indiquent les situations de travail, est importante. Ce qui en parfaite contradiction si nous considérons l'organisation en toute évidence comme un lieu de parole (Gramaccia 2001). Normalement tout processus de changement technologique devrait intensifier le langage dans l'organisation. Car, nous sommes face aujourd'hui à des nouvelles formes d'organisations marquées par des transformations profondes du travail et des organisations productives qui se traduisent par l'informatisation massive des activités. Tel est le cas que nous présentons dans ce travail car la Clinique La Sagesse, étant une petite structure par rapport aux autres structures de santé qui sont implantées à RENNES ; tente de se démarquer par l'informatisation importante de ses services et des ses activités. Donc la dimension langagière entre les principaux acteurs qui

œuvrent dans cette nouvelle dynamique de transformation de travail devrait être une démarche capitale. Il convient donc que ces auteurs parlent le même langage.

Or, ce que nous avons constaté sur la relation entre les prestataires (en gros la partie technique) et les soignants c'est que seul les moyens cognitifs tels que : décision, interprétation, traitement de l'information, raisonnement, bref des termes qui désignent une activité moins collectives font l'objet de la relation. Alors que les moyens langagiers comme : communiquer, rendre compte, coopération, bref des termes qui décrivent des actions de plus en plus collectives sont quasiment absentes dans leur relation. Ce qui n'est pas en corrélation avec les exigences des nouvelles formes d'organisations.

Nous pensons également que la dimension langagière au niveau de la conception d'une technologie (l'interaction et le concepteur et le futur utilisateur) n'a pas fait l'objet d'études profondes par les auteurs en communication. Nous soulignons donc ce manquement pour compléter les autres travaux qui s'inscrivent dans ces problématiques.

Quand Orlikwoski dit la productivité repose sur la technologie en pratique et non sur l'artefact technologie, nous pensons qu'il devient essentiel de mieux définir ce qu'elle nomme technologie en pratique : pour nous la technologie en pratique c'est une immersion d'utilisateurs dans l'univers de ceux qui confectionnent la technologie et vis versa. Il s'agit de coopérer autrement.

Il ne s'agit plus comme relate Orlikowski d'implication les personnes dés le début du projet de changement technologique, ou comme le relate la théorie de l'acteur de faire participer au utilisateur au processus du projet composé par plusieurs étapes : problématisation, l'intéressement, l'enrôlement, la mobilisation des alliés, bref tout ce qui met l'accent sur la dynamique de la construction sociale de l'organisation dans les processus de la traduction (Callon, 1986) ou de structuration (Orlikowski 2000). Mais nous pensons que la complexité de la technologie dans les pratiques cliniques va au-delà même d'un succès de la mise en place d'un projet. Car les difficultés apparaissent après la mise en place du projet, ce qui entraine parfois dans le domaine de la santé des échécs de plusieurs projets après l'implantation.

C'est dans ce sens que nous pensons qu'il est nécessaire de revoir le niveau d'implication. Il s'agit pas encore de replonger le débat sur les différents niveaux qui structurent un projet technologique à savoir le niveau macro et le niveau micro que plusieurs en communication organisationnelle appellent à un dépassement. L'idée qu'il n'existe pas de dualité entre ces deux niveaux (Giddens, 1987, Mayére et Groleau 2007) mais ils se complètent : autrement dit le macrostructure de le microstructure sont interdépendantes.

C’est dans cette perspective que nous parlons de coopération autrement dans la mesure où la microstructure peut désormais traversait les frontières de la macrostructure. Là nous ne pouvons plus parler de stratégie d’intéressement, ou de tactique d’implication car se les individus de la microstructure eux-mêmes qui, volontairement vont s’accommoder le projet technologique. Ainsi d’une façon très pratique, nous allons illustrer notre pensée en partant des éléments obtenus sur le terrain. Des éléments très révélateurs sur cette nouvelle façon de coopérer avec les acteurs techniques car la confrontation n’est plus entre acteurs –décideurs (c’est-à-dire directeur d’hôpital, responsable de gestion technologique, Etat, ministère, tutelle…) et acteurs-métiers (c’est-à-dire médecins, infirmières, aides-soignantes, secrétaires…), mais elle est entre les acteurs-technique et les acteurs-métiers. Car ces dernières, ayant déjà acquis la culture de l’informatisation dans leurs pratiques ne s’opposent plus à un quelconque changement technologique mais tout ce qu’ils réclament c’est de pouvoir travailler en synergie avec les acteurs techniques : voici quelques extraits

« Implication des utilisateurs dés la phase de conception pourrait résoudre toutes les difficultés que vous rencontrez sur le terrain. C’est ce qu’on demande pour l’instant ce n’est pas entendu. Ce n’est pas la façon de fonctionner en fait au jour d’hui. Je ne sais même pas qu’elle base ils prennent d’ailleurs parce qu’ils ont pas du tout des gens du métier en fait. Quelque chose du milieu de la santé ce ne sont que des informaticiens qui n’ont pas du tout, qui ne connaissent rien à la santé. Ils n’ont même pas un référent de terrain. Nous on a beaucoup de mal à comprendre leur fonctionnement pour quoi ils fonctionnement comme ça. Après nous ont se propose et après, ils ne peuvent pas nous s’imposer quoi. Eux ils préfèrent faire les choses de leur côté et venir avec des choses qui ne correspondent pas à ce que l’on veut et du coup on a du mal à comprendre la finalité parce que s’’ils auraient peut-être quelqu’un du métier ce serait peut-être plus facile. Ils peuvent arriver tout de suite à la bonne chose alors que là ils nous proposent des choses qu’on a du mal à modifier. Donc nous on a du mal à comprendre leur fonctionnement mais voilà. Parfois c’est du temps perdu parce qu’ils restent pendant 20heures ou 30 heures pour développer mais on va dire il y’a 15 heures qui vont servir de rien parce qu’on va dire ça ne sera pas bon au bout, du coup quoi. Alors que s’il avait demandé à une personne du métier ce serait bien quoi »

« C'est là où c'est le problème actuellement de toute façon. Parce qu'à la base on nous a pas inclus, du coup après on nous inclus mais avec des choses qui ne correspondent pas à notre métier et là il y a un gros travail à faire.
Les logiciels métiers où il y'a quand même des patients au bout de ce logiciel quand même donc effectivement il faut éviter les erreurs sauf que le fait que le logiciel soit trop rigide où et difficile à utiliser on peut créer des erreurs en fait. Et c'est là ou on aurait dû nous interroger par ce qu'il y'a dés fois où on aurait pu en avoir. Des erreurs de prescriptions par ce que le logiciel est bourré d'alerte mais alerte tuant l'alerte il y'en a trop. On voit cinquante alerte c'est un peu compliqué et alors qu'elles ne sont pas du même niveau en fait. Du coup il y'a tout cela qui est à retravailler mais c'est vrai qu'à la base il aurait du travailler avec nous et ça c'est clair »

« C'est vrai que nous on sait proposer de travailler avec eux après eux n'ont pas forcément le temps attribué ça vient petit à petit mais c'est un petit peu long. Donc nous on voudrait à ce que l'on sait ce qu'il avait de bien dans notre logiciel précédent et on voudrait adapter cela dans celui là. Il y'a des choses qui seront possibles il y'a d'autres qui seront pas possibles. Pour l'instant avec les idées de chacune, on a essayé de faire quelque chose un plus personnaliser donc on a retravaillé sur des formulaires qui permettent de revoir le logiciel donc ce sont des documents que l'on réintègre dans le logiciel donc qu'on peut personnaliser autant qu'on veut »

« Ce qui montre que la conception de l'outil ne repose pas sur les réalités des pratiques. Elle repose sur de l'informatique. Au niveau médical ils sont à peu prés à jour après il y'a pleins de choses qui ne sont pas forcément collées à la réalité du terrain quoi. Donc ça on s'en rend compte à l'utilisation »

Ces extraits tirés des propos d'une infirmière référent informatique et d'un médecin, illustrent bien les réactions de la communauté des soins. Les relations entre cette communauté (les professionnels de santé) et la communauté technique (tout ce qui représente la partie technique), n'ont pas toujours été sous le signe de la confiance. En effet, les préoccupations techniques et économiques qu'incarne la communauté technique restent la principale cause de cette distanciation : on constate souvent quelques appréhensions de la part des personnes médicales. Ainsi, pendant longtemps, l'annonce d'un projet technique a été une question primaire. Le domaine de la santé devrait faire face à une révolution.

Ainsi, avec ces trois extraits, nous pouvons en effet comprendre ce manque de confiance qui nourrit le personnel de soin quand il s'agit d'intégrer un outil dans leurs pratiques. Un manque de confiance qui réside sur l'inadaptabilité des outils dans les pratiques. Ainsi en se basant sur les extraits il faut reconstruire cette confiance la confiance entre praticiens et techniciens en leur intégrant pendant la phase de la création de l'outil c'est-à-dire la phase qui marque l'idée de construction de la technologie : une étape ou l'idée sera transformée en projet.

Ainsi, arrêtons-nous sur cette phase qui marque en effet la conception de l'idée de projet technique. Une phase où les utilisateurs rêvent de participer car pour eux tout se joue pendant cette phase. Quand dans le premier extrait, la soignante déplore le temps que met un informaticien pour développer un logiciel de santé et qu'au finish, une grande partie de ce temps est considérée comme une perte de temps car tel qu'elle le souligne le résultat final n'est pas ce qui est attendu au niveau des soins. C'est ainsi qu'elle pense qu'une stratégie de rapprochement des relations doit être développée : c'est cette stratégie principalement qui invite les professionnels de santé lors de la transformation de l'idée de projet technique dans la santé. Ce rapprochement peut-être facilité selon cette soignante par l'implication dés cette phase de transformation d'idées.

Du point de vue de la communication organisationnelle, le processus de transformation des idées nous fait penser à la théorie du changement organisationnel qui tente de réconcilier les dimensions micro et macro de l'organisation. Dans ce sens nous pensons que l'étude de la création de la technologie par la communication d'un changement est d'éclairer l'importance de la communication dans la politique de l'informatisation des organisations de cette.

L'implication des praticiens de santé au niveau des cadres techniques signifie d'être en relation et réciproquement. En effet, les soignants ont toujours prôné le dialogue tecnico-clinique, entretenant ainsi des rapports de proximité avec la partie technique (les prestataires). Ils se voient peu prés une fois par mois pour travailler ensemble. Soit ils repaufinent des paramètres soit ils discutent : ils font des réunions pour voir ce qu'ils peuvent avancer Ce cadre commun instaure des circonstances dans lesquelles, les prestataires posent des questions aux soignants pour mieux comprendre leurs besoins. Un acte qui décrit une mise en relation qui, selon Taylor (1993) magnifie un acte de reconnaissance du savoir partagé en organisation. Tel qu'il définit l'organisation comme ci :

« Organisation existe à partir du moment où il y'a reconnaissance des engagements mutuels. Être organisé veut dire être en relation c'est la relation qui est la matière première de l'organisation »

Si nous mettons en application cette pensée sur ce qui ce passe sur notre terrain d'étude, nous voyons bien qu'il existe une forte reconnaissance de la part des informaticiens vis-à-vis des soignants. Ces derniers ont réussi à se faire entendre il y a quelques années où ils s'étaient perçus comme un monde part qui avait peur de l'informatique.

Cependant force est de reconnaître au jour d'aujourd'hui même s'il existe un engagement mutuel entre les individus de la partie technique et ceux de la partie fonctionnelle au niveau du développement de l'outil après sa mise en place, nous croyons cet engagement doit dépasser ce niveau micro et atteindre le macro. Autrement dit l'intersection entre deux savoirs en organisation qui doivent rentrer en interaction.

Ce qui est nouveau et rassurant, c'est que l'on est en train d'assister à l'appropriation du langage et des symboles de la technologie par les professionnels de la santé. En effet, médecins et soignants pharmaciens n'hésitent plus à être force de proposition quand le besoin s'en fait sentir.

Il n'est pas besoin de revenir sur les relations que l'on qualifiera au moins de négociables entre les professionnels de santé et les acteurs techniques. Voilà une démarche que les acteurs de soins s'efforcent d'inscrire dans les projets techniques.

Cette transcendance des contradictions et des divergences, si elle nous semble suffisante pour instaurer une technologie performante dans les pratiques de santé, signifie au moins que l'implication des acteurs professionnels se fait dans les instances de décisions de la création de la technologie. Mais si cette dimension mérite d'être prise en compte, elle n'écarte pas non plus, l'esprit de la création des technologies dans la mobilisation des acteurs et dans la négociation de règles d'actions (Giroux ,1997).

Conclusion de la deuxième partie

Le but de ce travail est de montrer que les relations entre les membres qui construisent un projet technologique ne sont pas figées. Nous avons montré par exemple que les relations entre les personnes qui incarnent la dimension technique (informaticiens, développeurs, concepteurs, prestataires, gestionnaires de systèmes d'informations, prestataires…) et les professionnels de santé (médecins, infirmières / infirmiers, pharmaciens, aides-soignantes, secrétaires…) sont beaucoup plus complexes que la procédure réglementaire mener pas l'état dans les projets de modernisation.

La dualité partie technique et partie fonctionnelle reposent sur deux dimensions rédhibitoires car une technologie qui ne répond pas à la demande d'un point de vue technique va poser problème, de même qu'une technologie qui ne répond pas à la demande d'un point de vue métier est un frein à la performance des soins. Là il y a un énorme travail à mettre en place pour éviter effectivement des dysfonctionnements.

Nous avons montré par exemple que pour réaliser une technologie performante dans les pratiques, les professionnels de santé s'engagent à créer des logiciels eux-mêmes et deviennent de plus en plus des forces de proposition en ce qui concerne le développement d'un logiciel après la décision d'une tutelle de mettre en place ce logiciel. Une attitude très significative pour eux, car elle permet de lutter contre ce qu'ils nomment souvent : *un outil fait par les informaticiens pour les informaticiens*. En sens, ils tentent de renverser la tendance et soutiennent une démarche qui permettrait de construire une technologie : *fait avec les informaticiens pour les soignants.*

L'idée est d'une trajectoire de performance technologie qui ne repose plus sur l'artefact technologique mais sur ce qu'Orlikowski (2000) appelle technologie en pratique. Autrement dit une technologie qui répond aux réalités des pratiques. Plus précisément c'est ce que les professionnels de santé nomment une technologie qui s'adapte à l'éthique clinique ou professionnel (Loneux 2008).

Ainsi, ce niveau que nous avons appelé niveau-méso dans ce travail c'est-à-dire l'interaction entre la partie technique et la partie fonctionnelle, doit forcément reposer sur des pratiques qui instaurent des modalités de communication. Nous faisons notamment allusion au partage de savoir qui se réalise dans un cadre apprentissage organisationnel (Giroux, 2006, Koenig 1994). En effet, les professionnels de santé évoquent très souvent le terme : *personnalisation* du logiciel. Un terme qui désigne une dimension identitaire d'un logiciel dans une

organisation. Autrement dit, chaque technologie doit répondre aux attentes de la culture de l'organisation et aux valeurs l'éthique des utilisateurs. Ces besoins font qu'après son implantion, la technologie est perpétuellement remodelée par l'utilisateur. C'est le cas ici du logiciel Hôpital Manager (HM) qui après avoir noté qu'il n'était pas adapté aux pratiques infirmières, les soignants tentent de contourner les difficultés afin de travailler en synergie avec les médecins au niveau de la prescription des soins. Ainsi ; cette étape de repersonnalisation ou de reparamétrage du logiciel dépend fortement de la relation qui se noue entre les deux principaux acteurs à savoir les soignants et les informaticiens. Il ne reste que de parler un seul langage dans un cadre commun que nous avons nommé plus haut : espace d'apprentissage qui n'est rien d'autre qu'un espace de communication.

Dans cette perspective de dépassement pour avancer dans la réalisation une technologique performante, il ne s'agit plus de mener des stratégies : problématisation, d'intéressement, d'enrôlement, de mobilisation des alliés, bref tout ce qui permet de veiller à un bon fonctionnement d'un changement technologique dans une organisation en procédant par l'élaboration des différentes étapes processuelles d'un changement qui fait référence au concept de traduction (Latour 1986). Il s'agit désormais dans cette phase de dépassement de se rapprocher entre acteurs dans la reconstruction sociale de l'outil. Car là, la culture technique est déjà acquise pas les utilisateurs donc, il ne convient plus de mettre en place de stratégies d'intéressement et autres, au contrairement nous pensons qu'il faudrait stimuler la communication entre les personnes qui représentent le niveau méso. D'où l'idée de coopération autrement qui repose désormais sur des modalités de communication à savoir la conversation, le dialogue bref tout ce qui contribue à la mise en relation entre ces différents acteurs de l'organisation (Taylor 1993).

C'est par cette véritable démarche que la technologie se révèle un accélérateur du processus de modernisation des organisations de santé

Conclusion Générale Vers la démystification de la technologie par les soignants

Dans cette thèse nous avons voulu soulever des choses qu'on a tendance à négliger. En effet, un projet technologique dans une organisation commence par une discussion, un dialogue, une négociation. Donc il existe des défis en termes de communication qui montrent qu'il y' a pas d'incompatibilité entre informatique et métier, c'est un langage qu'il faut développer pour avancer. Ainsi, sur le long terme il s'agit de réfléchir sur les fondements théories qui permettront de construire les technologies. Il convient alors de les démystifier. Démystifier la technologie dans les organisations c'est important : l'utilisation de la technologie au quotidien doit donc baser sur l'échange, sur la communication car ce sont des aventures humaines, sociales. C'est donc le langage parlé. Le langage tel qu'on le fait entre nous, c'est-à-dire comment se construit la technologie dans le langage, comment les applications se construisent et s'adaptent-elles à une pratique.

Ainsi, nous pensons qu'à travers la communication, il y' a des choses qui sont entrain de se construire, de rendre les mots techniques plus « souples » qui permettront de comprendre tout aspect interactionnel qui participe à la recréation de la technologie dans un petit espace fermé où des expressions inattendues permettent de penser l'impensable.

La communication est un nouvelle praxéologie au service de la décision. Car, partant de notre terrain d'étude, nous posons ainsi le vérifier. En effet, les données obtenues nous ont révélé que la communication permet d'appréhender comment les décisions se font dans le quotidien des acteurs, comment la décision dans son accomplissement pratique est en train de se faire.

En ce sens, et selon nous, le sens n'est pas inscrit dans l'information que l'on transmet mais il résulte d'une co-construction de sens. Autrement dit, la réalité est socialement construite dans et par les interactions. Car on est jamais certain qu'une personne à bien compris ce dont on a parlé on n'est pas branché cerveau à cerveau et c'est la spécificité de l'interaction. Donc nous pouvons dire que la communication est une herméneutique car, elle offre aux individus des situations d'interpréter ce qu'ils font, de lever les équivoques, les ambigüités sur le sens de phénomène quelconque

L'informatisation des organisations a été pensée comme un outil pour résoudre les problèmes, or, les discours qui ont tendances à réifier la technologie ont créé une dichotomie entre la technique et le métier.

Le discours technologique défend l'idée que la technologie « facilite, assure, coordonne, change, performe » toutes les activités de l'organisation que celles là soient en matière de sécurité, de traçabilité, de performativité, de productivité, etc. C'est la nouvelle solution parfaite, le seul moyen pour l'organisation d'être reconnue dans ce que nous avons appelé dans ce travail : les nouvelles formes d'organisations c'est-à-dire les organisations en réseau, les organisations hautement technologiques, les organisations à distance (le télétravail, les joint-ventures) etc. Voilà le prototype de l'organisation moderne aujourd'hui. Suivre ce intégralement et scrupuleusement est gage de résistance et de compétitivité, s'en détourner, c'est être éliminé dans la course, c'est d'accepter la tradition, c'est avoir peur au changement, c'est refuser le progrès, en somme. A la fois idéologie de mobilisation et utopie, la technologie a réponse à tout, elle sait tout et peut tout, elle est la solution à tout, elle révolutionne tout comme l'ont souligné P. Breton et S. Proulx, (1991) :

« Avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication, désormais rien de ce qui est imaginable n'est possible. Elles deviennent les outils de satisfaction des désirs de l'homme. Les NTIC relancent la confiance dans la science et la technique, la machine anime sa révolte qui doit aboutir à une humanité meilleure » (Breton et Proulx ,1991).

Devant cette conception holiste, de nombreux auteurs tentent d'appréhender la technologie en fonction de l'appartenance paradigmatique à laquelle ils décident de se positionner : fonctionnalisme, interprétativiste, constructivisme, critique, s'efforcent d'expliquer ce phénomène diversement. Les fonctionnalistes explorent la technologie dans l'organisation en tant qu'objet fondamental de l'organisation qu'ils considèrent comme le « ciment » de l'organisation moderne. Cette approche très proche du déterminisme technologique n'est pas très loin de cette vision holiste que nous venons de souligner plus haut. Quant à les interprétavistes pour eux, la technologie incarne le sens de l'organisation, un objet symbolique qui relève d'une vision subjectiviste de l'organisation. Le paradigme critique pour sa part tente de lutter contre cette prétention holiste de la technologie. Il agit sur une prise de distance méthodique et systématique vis-à-vis de tout ce qui semble relever de l'évidence. Une démarche qui s'inscrit dans ce que Descartes appelle le doute méthodique.

Ainsi contrairement l'approche fonctionnaliste, la perspective critique tente de prendre du recul par rapport aux convictions techniques qu'un membre de l'organisation est susceptible de posséder. On entend souvent employer des termes comme pouvoir, domination, endoctrinement etc., une façon pour ces auteurs (Boltanski et Chiappello, 1999), de mettre en

doute la réalité observée. Le dernier paradigme est la perspective constructiviste qui apporte sa partition dans la compréhension de la technologie dans l'organisation. Sa démarche se veut pragmatique et tente de réconcilier la vision macro (objectivité) et la vision micro (subjectivité) de l'organisation (Groleau et Mayère, 2007). Cette nouvelle appellation est une perspective socio-constructiviste.

Cette typologie qui définit la communication organisationnelle permet à un chercheur appartenant à cette discipline de se positionner du point de vue épistémologique. C'est ce que nous avons fait dans ce travail en mobilisant la perspective socio-construictiviste afin de mieux appréhender et comprendre notre objet d'étude portant sur les logiciels à l'hôpital. Ainsi dans une démarche compréhensive, nous avons adopté une méthode qualitative que nous avons pensée plus appropriée pour obtenir des informations nécessaires à la compréhension de notre objet d'étude. Cet outil méthodologique nous a permis de réaliser des entretiens semi-directifs et non-dirigés auprès de plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers/infirmières, aides-soignantes) mais aussi auprès du personnel administratif, c'est-à-dire les responsables des systèmes d'information, les secrétaires, les informaticiens, les gestionnaires de la clinique La Sagesse de Rennes.

Etant une petite structure par rapport aux autres structures de santé qui sont à Rennes, la Clinique la Sagesse de Rennes s'inscrit dans cette dynamique de modernisation, de restructuration, de recomposition, de rationalisation des ses pratiques cliniques et administratives. Cette préoccupation représente l'image de toutes les autres structures de santé en France qui tentent de se réformer grâce aux technologies de l'information et de la communication.

Toutefois, il convient de rappeler le contexte qui est à l'origine de ces préoccupations. En effet, en France les technologies de l'information et de la communication ont toujours marqué le domaine de la santé, mais le développement de celles-ci est plus soutenu par la crise des années 80 avec l'histoire du sang « contaminé ». La santé se veut désormais plus vigilante en utilisant des outils modernes. Ainsi, l'expansion des technologies vers les années 2000, semble être un facteur déterminant dans l'amélioration des organisations de santé.

L'année 2000, est un tournant décisif dans le phénomène de modernisation. C'est ainsi que nous nous sommes intéressés à comprendre la technologie dans les organisations depuis les années 2000 jusqu'à 2012. Une démarche qui nous a permis de suivre l'évolution de la technologie dans le temps, les pratiques de la clinique la Sagesse de Rennes. Mais aussi, cette recherche diachronique et longitudinale nous a permis de mieux retracer l'histoire de ce phénomène afin de mieux saisir la configuration actuelle. Ainsi, avec la collaboration des

mêmes personnes qui nous ont accompagné depuis le début de notre enquête, nous avons pu contourner les difficultés d'accès à notre terrain, mais aussi et surtout, cette démarche transversale nous a donné l'occasion de connaître l'évolution des utilisateurs par rapport à ce phénomène. Ce qui est le sens même de notre posture de chercheur. Autrement dit au cours de notre recherche, nous nous sommes attelés à saisir le sens que les utilisateurs portent aux technologies. Ainsi, les hypothèses ou propositions faites se sont précisées progressivement au cours de notre analyse.

En effet, l'objectif central de notre recherche est d'analyser les enjeux en termes de communication que la technologie pose au quotidien dans les pratiques médicales. Cette volonté découle d'un constat général après une vaste étude exploratoire sur les sujets qui concernent la technologie dans le domaine de la santé. Nous avons constaté que la dimension communicationnelle a été négligée dans les problématiques technologiques en santé au profit des autres dimensions telles que : la dimension technologique, économique, politique, juridique etc. Ainsi ce phénomène nous interpelle à l'instar de plusieurs chercheurs en communication organisationnelle qui l'ont précédemment abordé.

Dans les problématiques des technologies dans le secteur de la santé, les préoccupations qui se développent autour des objectifs à dominante fortement économique, se traduisent par l'utilisation récurrente de termes tels que : productivité, gain de productivité, performance, rentabilité, bref des termes hérités de l'économie (Grosjean et Bonneville, 2007). Ceci va dans le sens de réduire les coûts des services publics de soins. Ainsi donc, il convient d'implanter les technologies pour améliorer les façons de faire, une amélioration qui correspond à la diminution structurelle des coûts du travail médical, et l'essor des TIC pour assurer la rentabilité des organisations de soins. Ces préoccupations sont souvent accompagnées par des lois :

- La loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- Le décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique

- La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a posé le principe que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un dossier médical personnel (DMP) constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L 1118-8 de la même loi, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et des prestations de soins (article L 161-36-1).

L'Etat met progressivement en place une politique de santé publique et mieux encore, emprunte le même discours et les mêmes termes, référents et symboles que les informaticiens, les concepteurs, les économistes. Des relations complexes d'intérêt bien compris se développent, des alliances se nouent comme lors de la question de la production normative qui accompagne la modernisation de la santé via le développement de la technologie dans les pratiques médicales.

Quant à la dimension normative, elle est en grande partie déterminée par des considérations d'opportunité reposant sur des discours techno-économiques et politiques qui tentent d'évacuer les problématiques d'éthiques cliniques et professionnelles d'une technologie dans le domaine de la santé, en faisant fi des discours médico-intégratifs des professionnels de santé qui dénoncent le fait d'inventer des normes, des procédures qui sont parfaites sur le papier, et qui en pratique ne fonctionnent pas. La confusion est donc totale et ce sont les professionnels de santé qui sont obligés de rappeler.aux autres acteurs cités plus haut la nécessaire implication des personnes qui connaissent leurs pratiques et qui utilisent quotidiennement la technologie. C'est ce que nous avons appelé dans ce travail « technologie en pratique » en opposition avec « l'artefact technologique » Orlikowski pense que la performance technologique reposerait sur la « technologie en pratique » (Orlikowski, 2000).

Néanmoins, il est fondamental de remarquer que les oppositions et les contradictions entre professionnels de santé et macro-acteurs, participent au processus de déploiement de la technologie dans les pratiques de santé.

Vers une transcendance des contradictions

Ce n'est effectivement pas le moindre des paradoxes d'envisager un rapprochement entre les acteurs-décideurs et les professionnels de santé. En effet, nous avons vu que l'implication des soignants dans la « repersonnalisation » du logiciel Hôpital Manager (HM) consiste à trouver

des moyens pour permettre des adaptations rapides du logiciel dans les pratiques cliniques. Une telle dynamique a été puissamment appuyée par les informaticiens et les prestataires. En ouvrant de nouvelles discussions sur un espace commun, les deux acteurs trouvent dans cette négociation des mécanismes qui vont apporter de la performance sur le logiciel dans les pratiques cliniques. De fait, ce n'est pas l'informaticien en lui-même qui possède le savoir technologique, mais l'engagement des soignants dans la personnalisation du logiciel montre une maturation technologique chez les soignants. Pour eux, il faut dépasser ce qu'ils appellent : *« un outil fait par les informaticiens pour les informaticiens »* et avancer avec : « *un outil fait avec les informaticiens pour les soignants* ». Une telle dynamique crée un espace d'apprentissage entre les différents acteurs concernés. C'est exactement ce que nous avons observé dans ce travail. En effet quand un soignant nous dit ceci : *« J'ai le sentiment d'être plus entendu qu'avant», « Je pense qu'ils commencent un petit peu à le faire avec tout ce qu'on leur fait remonter sur ce qui ne va pas, je pense qu'ils se servent quand même de nos remarques pour l'améliorer » « Quand ils nous posent des questions, ce n'est pas anodin »*.

Toutes ces révélations expliquent l'avènement d'un certain partage du savoir et de connaissance. Le savoir et la connaissance quoique monopolisés, deviennent des produits de l'interaction en ce qu'ils obligent les soignants, les concepteurs, les gestionnaires, l'Etat, en somme l'ensemble des acteurs qui s'activent dans le secteur de la santé à s'interroger sur ce qui fonde les potentiels de la technologie dans ce secteur, son éthique et sa raison d'être dans les pratiques médicales. C'est par ce processus d'autonomisation de chaque partie prenante et plus spécifiquement de chaque individu, ainsi contraint de s'interroger sur la nature du lien social, économique, politique, et surtout le lien clinique, que la technologie participe, bien efficacement, à l'avènement de la modernisation de la santé.

En nous inspirant de la théorie de l'action située, qui pose que : « l'action et le savoir émergent des activités quotidiennes des acteurs dans des contextes spécifiques de travail », (Lave et Wenger, 1991), nous avons pu montrer que le savoir repose sur des vertus de partage surtout lors qu'il amène les différents acteurs à négocier.

Dans ce contexte, nous avons privilégié une unité d'analyse qui n'est plus centrée sur l'organisation mais l'interaction, l'activité, le collectif (Giroux, 2006). C'est dans cet esprit que nous avons également mobilisé la théorie de l'acteur réseau (Callon et Latour) et la cognition distribuée (Hutchins) qui soulignent que la dynamique processuelle d'un changement technologique prend en compte à la fois les individus et les artefacts. Ainsi donc un changement organisationnel qui repose sur des modalités de communication qui

appréhendent l'organisation comme étant un « tissu de communication » (Taylor, 1993) ou encore comme étant un lieu de parole (Gramaccia, 2001).

Ainsi, se pose la question de la démystification de la technologie dans la santé. La forte implication de professionnels a fait naître un nouveau phénomène que les utilisateurs appellent : la démystification de la technologie. Par définition, ce terme désigne est de rompre le mythe qui structure la technologie, pour les utilisateurs cette logique permet de mieux comprendre le fonctionnement de la technologie. Un exemple même a été souligné par un soignant qui compare « l'émission la vie » dans laquelle, des médecins expliquent le fonctionnement du corps humain aux enfants. Pour lui, la technologie doit être appréhendée de la même manière. L'utilisateur doit être naturellement partie prenante. Ainsi donc, ce phénomène a permis aujourd'hui à certains professionnels de santé, de créer des logiciels de métier plus adaptés du point de vue fonctionnel. Nous avons observé cette forme d'engagement dans le cas du logiciel HM qui est représente un changement organisationnel subi par les professionnels de santé c'est-à-dire imposé par la réglementation. Ainsi, devant cette situation, le médecin tente de dépasser les clivages et de mettre en place une solution qui consiste à intégrer d'autres fonctionnalités très appréciables par les autres utilisateurs.
Toujours, dans cette problématique de démystification elle consiste également à propulser une dynamique de proposition de la part même des utilisateurs. C'est le cas par exemple de la mise en place de CURSUS 3 qui incarne le changement technologique voulu par la réglementation mais aussi et surtout par les professionnels de santé.
En définitive, nous pensons que la démystification de la technologie est très importante dans les nouvelles formes d'organisations d'aujourd'hui, hantées par la question de l'incertitude et du risque. Il s'agit d'enlever les « tabous » les « mythes » car selon nous, ils empêchent de bien penser. Ainsi, nous mettons en exergue cette particularité de la technologie, qui en tant que voie spécifique vers une modernisation consultante, vers la confrontation d'idées entre les différents acteurs, permet l'apprentissage de la technologie à travers les enjeux et les conflits qu'elle soulève au sein des pratiques cliniques.

Perspectives

Nous nous sommes interrogés sur la manière dont les organisations de santé performent leur travail à travers la technologie. Nous avions proposé dans notre hypothèse que la technologie offre un nouvel ordre médical performant uniquement sur des modalités de communication :

conversation, dialogue et négociation. Notre étude de cas vient de confirmer l'idée selon laquelle agir en action collective nécessite une déconstruction des différentes conceptions que les individus ont en situation de travail ou sur un objet particulier. Nous avons mobilisé la théorie de la structuration Orlikowski (2000) pour mieux appréhender le rôle de la communication dans un projet technologique. Ainsi, d'autres théories ont également été mobilisées afin de mieux ressortir la dimension actionnelle, communicationnelle qui émergent des interactions entre les utilisateurs de la technologie.
Il s'agit dans les cas qui concernent les domaines des technologies de s'éloigner un peu d'une vision techniciste de l'objet pour le voir dans sa dimension sociale. Ce qui consiste forcément pour les membres de rentrer en interaction afin de déconstruire la perception des choses et de l'adaptée à une dimension technico-sociale.

Notre analyse qui porte sur CURSUS 3 et Hôpital Manager nous a révélé que les enjeux de communication à savoir le dialogue social est un facteur de normativité. En ce sens, il ne s'agit plus d'une dynamique d'interaction entre les professionnels de santé et la technologie, mais plutôt d'une interrelation entre les soignants et les concepteurs.

De plus, nous avons privilégié l'entrevue qui paraît être indispensable pour l'étude des processus qui est notre principale préoccupation dans ce travail de recherche, nous suggérons un prolongement de cette étude sur une méthodologie plus appropriée à savoir l'analyse conversationnelle. Car nous constatons que dans bien des cas, ces aspects scientifiques restent plutôt à la marge, pour ne pas dire qu'ils sont totalement absents de la démarche de plusieurs projets technologiques dans le domaine de la santé.

Sources et Bibliographie

Allen, JP, (2004). « Redefining the network: enrollment strategies in the PDA industry », in Information Technology&People. Vol 17, n° 2.

Almeida (d'), N, (2001). *Les promesses de communication*, Paris, Presses Universitaires de France

Almeida (d'), N, (2004 a). « Les organisations en récits et médias », Canadian Journal of Communication, Vol. 29, pp 29-46.

Almeida (d'), N, (2004 b). « De l'environnement au développement durable, l'institution d'un objet et la configuration d'une question », *Communication et Organisation* N° 26, deuxième semestre 2004, pp. 13-26

Austin, J. (1991) *Quand dire c'est faire*, Editions Seuil, Coll. Poche. Paris.

Bazet I, Jolivet A, Mayére A, (2008). « Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : changement organisationnel et gestion des événements indésirables », Revue /Communication et Organisation/, n°33, p 31-39.

Beaud,M, (1986). L'art de la thèse : comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou de maîtrise ou de tout autre travail universitaire, Paris : La Découverte. p. 44-61. 156.

Bonneville, L. et S. Grosjean, (2007). « Les défis que soulève l'informatisation de la pratique médicale sur le plan de l'innovation technologique », Revue canadienne de communication/ Canadian Journal of Communication, Vol. 32, Novembre, P. 432-456.

Bonneville, L. et S. Grosjean, (2009)° « L'ordinateur portable en soins à domicile : l'espace interactionnel soignant/soigné en mutation », Questions de communication, N°. 15, p. 261-278.

Bonneville, L et Sicotte, C (2008). « Les défis posés à la relation soignant soigné par l'usage de l'ordinateur portable en soins à domicile **»** Communication Numéro Vol. 26/2

Bonneville, L ; Grosjean, S ; Lagace, M, (2007). *Introduction aux méthodes de recherche en communication*. Gaêtan morin éditeur.

Bonneville, L, (2005) « La transformation des organisations de soins et du travail médical par le recours à l'informatisation au Québec : une analyse critique », Revue /Communication et Organisation/, 26, p.205-225.

Bonneville, L, (2005) « L'informatisation comme outil de contrôle et de surveillance de la productivité des organisations de soins et du travail médical au Québec », Revue /Terminal - Technologies de l'information, Culture et Société/, 92, p.173-185.

Bouillon, J-L., Bourdin, S., Loneux, L, (2007). « Migrations conceptuelles. D'où viennent les concepts de la communication organisationnelle ? », In COMMUNICATION & ORGANISATION, n° 31, Bordeaux 3, p.7-26.

Bouillon (J.-L.), Durampart, (M.), (2006), *Entre autorégulation, formalismes et constructions symboliques : les paradoxes des « nouvelles formes organisationnelles,* Actes du colloque CERSIC/ERELLIF EA 3207, Université de Rennes 2, septembre, pp 57-63.

Bouzon, A ; Meyer, V. (2006). *La communication organisationnelle en question : Méthodes et méthodologies*. L'Harmattan.

Breton, P & Proulx, S (1991). *L'explosion de la communication : la naissance d'une nouvelle idéologie*, Sciences Humaines. Editions La Découverte/ Boréal.

Bruni A, (2005). « Shadowing Software and Clinical Records: On the Ethnography of Non-Humans and Heterogeneous Contexts » Organization, p 357-378.

Cabin, P (1999). *Les organisations: Etats des savoirs*. Sciences humaines Éditions.

Callon, M, (2006). « Sociologie de l'acteur réseau », in Akrich, M., Callon, M. & Latour, B. *Sociologie de la traduction.* Textes fondateurs, p. 267-276 ;

Carmes, M ; Chauvin, D, (2006). *Management de l'Intranet : un projet de changement organisationnel*. Territorial éditions. Octobre.

Carré, D ; Lacroix, J-G, (2001). *La santé et les autoroutes de l'information : la greffe informatique*. Editions l'harmattan.

Carré, D, (2001) « À la frontière du marchand et du non marchand. Place des téléservices dans la réorganisation du secteur de la santé » Études de communication Numéro 23 Services aux publics : question de communication et de management

Castoriadis, C, (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Edition du Seuil.

Cooren F, Fairhurst GT, (2009). « Dislocation and Stabilization: How to Scale Up from Interaction to Organization » in *Building Theories of Organization: The constitutive Role of Communication.* . P. 117 à 147.

Cuche, D (2004) *La Notion de culture dans les sciences sociales*. Repères. La Découverte

Demers, DL., Fournier,F., Lemire M., Péladeau,P., Prémont, MC., Roy,DJ, (2004) « Le réseautage de l'information de santé » Manuel pour la gestion des question éthiques et sociales. Centre de Bioéthique. Institut De Recherches Cliniques de Montréal.

Deslauriers, J.-P, (1991). « Recherche qualitative ». Guide pratique, Montréal: McGraw-Hill.

Diefenbach, T, (2007) « A Multi-dimensional Analysis of Managers' Power –Functional, Socio-political, Interpretive-discursive,and Socio-cultural Approaches». Management revue, 20(4): 413-431

Doolin, B, (2003). « Narrative of change: Discours, technology and organization»,in Organization; 10, 4; ABI/ INFOR Global, p. 751- 770.

Durampart, M, (2007). « Les TIC et la communication des organisations : un dispositif révélateur des émergences ambivalentes de nouvelles formes organisationnelles », / Revue/ Communication Organisation /, n° 31.

Durampart, M., (2007a). « Les TICE dans une perspective comparative Nord-Sud, Une mise à l'épreuve des modalités communicationnelles et de l'apprentissage dans la formation à distance » revue *Hermès-CNRS*, n° 49, Traduction et mondialisation, décembre 2007.

Durampart, M.,**De Saint-Laurent-Kogan, A F** (2007b), contribution à la rédaction de l'introduction et co-rédaction d'un article du chapitre 2 : « Apprendre au travail à l'ère du numérique » et « Se former aux TIC : la grande débrouille » in *Où va le travail à l'ère du numérique*, collection Sciences sociales, Presses des Mines de Paris, pp 109-131 et 167-182.

Durampart M., 2004a, Informations et services : De l'usage des systèmes d'information aux services informationnels, *Revue Sciences de la société* : systèmes d'information organisationnels, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, n° 63, pp 151-164.

Durampart, M., 2004b « Le défi de la connaissance » Actes du 14 congrès des Sciences de l'information et de la communication, SFSIC : *Questionner l'internationalisation : culture, acteurs, organisations, machines*, pp. 351-359.

Durampart M., Guyot (B.), (2001), « Le cas des systèmes d'information : une problématique méthodologique en communication des organisations », *Communication organisante et organisation communicante : confrontations et dynamiques*, Actes journées d'études Org&Co, Castres, Toulouse, LERASS, pp.86-92.

Durampart M. (2000 a), « Le programme de médicalisation du système d'information, un objet de contrôle et de régulation dans les activités des personnels soignants du secteur hospitalier », *Communications organisationnelles : objets, pratiques, dispositifs,* (textes réunis par Pierre Delcambre), Rennes, PUR, pp. 95-115.

Engeström, Y, (2008)**.** "Quand le centre se dérobe : la notion de knotworking et ses promesses", *Sociologie du travail*, (Article in press), p. 1-28

Eucalyptus, E ; (2004). « INNOVATION ET SANTE : l'innovation en trompe-l'œil ». Séve Printemps

Foucault, M (1985). Surveiller et punir, Paris, Gallimard, Collection Bibliothèque des Histoires

Gardère, E., Gramaccia, G. (2004). « Introduction – La communication des nouvelles éthiques de l'entreprise » *Communication et Organisation*, deuxième semestre 2004, N° 26, pp. 9-12

Giddens, A, (1987). *La constitution de la société*, Paris. Presse universitaire de France.

Giddens A, (1994), *Les conséquences de la modernité, Paris, L'Harmattan*

Gioa, D.A & Chittipeddi, (1991) « Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation». Strategic Management Journal. 12, 6; ABI/ INFORM Global

Giordano, Y, (2006). « S'organiser c'est communiquer : le rôle fondateur de la communication dans l'organizing chez K. Weick, in Autissier, D., Bensebaa, F., Les défis du sensemaking en entreprise, Économica, p153- 164.

Girard, G. & P. Grand'Maison, (1993) « L'approche négociée. Modèle de relation patient/ médecin », Le médecin du Québec, p. 31-39.

Giroux, N, (2006). « Le nouage des savoirs en organisation », in *La communication organisationnelle en débat. Champs, concepts, perspectives*, L'Harmattan, p. 159-189.

Giroux, N, (1997). **«** La construction discursive de l'organisation. Actes du Colloques Constructivisme (s) et sciences de gestion. IAE de Lille, 373-386.

Giroux, N et Marroquin, L, (2005). « L'approche narrative des organisations ». Revue Française de Gestion p. 15-42

Godé-Sanchez, C, (2007) « TIC et évolution des mécanismes de coordination dans les organisations : une analyse du cas des Armées américaines à partir de l'approche

structurationniste », Actes de la XVIéme Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-9 juin.

Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience,* Editions de Minuit, Coll. Le sens commun. Paris.

Goffman, E. (1994) Les rites d'interaction, Editions de Minuit, Paris

Gosselin, A., (1994) « La notion de problématique en sciences sociales », dans Communication

Gramaccia,G. (2001) *Les actes de langage dans les organisations*, L'Harmattan, Paris.

Grosjean, S., Lacoste, M. (1999). Communication *et intelligence collective ; le travail à l'hôpital, Paris*, Presses Universitaires de France.

Grosjean,S., Bonneville,L, (2007) « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé », Paris. Lavoisier

Grosjean, S, (2007). « Communication dans un centre de répartition des urgences 911 » Canadian Journal of Communication Corporation. 2008 GROSJEAN, S, BONNEVILLE, L, « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé », /Revue Française de Gestion/, n°172, pp.145-157.

Groleau, C et Mayére, A, (2007). « L'articulation technologies-organisations : des pistes pour une approche communicationnelle », in COMMUNICATION & ORGANISATION, n° 31, Bordeau 3, p. 141-162.

Groleau, C, (2008)**.** «La syntaxe des artefacts : lier entre elles différentes logiques d'action pour expliquer les pratiques découlant du changement technologique », in COMMUNICATION & ORGANISATION, n° 33, Bordeaux 3, p. 19- 28.

Groleau, C et Mayére, A, (2009). « Médecins avec ou sans frontière : contradiction et transformation des pratiques professionnelles », Sciences de la Société, n° 76, p 102- 119.

Guyot B., (2006), *Dynamique informationnelles dans les organisations*, Paris, Lavoisier-Hermes Science.

Guyot, B, (2009). « L'activité aux prises avec des systèmes ou dispositifs d'information » Études de communication Numéro 33.

Guyot B., Durampart M., (2001), « Le cas des systèmes d'information : une problématique méthodologique en communication des organisations ». *Communication organisante et organisation communicante : confrontations et dynamiques*, Actes journées d'études Org&Co, Castres, Toulouse, LERASS, pp.86-92.

Hatch, M J, (2000). « Histoires, métaphores et paradigmes de la théorie des organisations » in *Théorie des organisations*.

Huët (R.), Heller (T.), Vidaillet (B.), (2013) "De la critique en communication des organisations", Revue communication Laval

Jones, E., Watson, B., Gardner, J., Galloir, C. (2004). Organizational Communication: Challenges for the New Century, Journal of Communication, 54 (4), p. 722-759.

Kivits,J Lavielle, C, Thoër, (2009). « Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux » in *Internet et santé publique*, volume n°21.

Latour, B, (2006). *Changer de société. Refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte (Original ed. (2005) Re-Assembling the Social. A Introduction to Actor-Network Theory. Oxford : Oxford University Press.)

Latour ; B (1992) *Aramis ou L'amour des techniques*, Paris, La Découverte, « Textes à l'appui. Anthropologie des sciences et des techniques ».

Latour, B. 1986: «Visualization and Cognition: Thinking with eyes and hands". *Knowledge*» *and Society* 6:1-40

Lave.J., Wenger E., (1991) « Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation, Cambridge MA, Cambridge University Press

Le Moënne, Ch. (2000). « Présentation : La communication organisationnelle en débat », Sciences de la Société, N° 50-51.

Le Moënne, Ch. (2007). « Recomposition des espaces et formes organisationnelles : quelles questions pour quels programmes de recherche ? », pp. 209-225, in Chevalier Y.(DIR) (2007), *Espaces physiques, espaces mentaux*, Lille, Septentrion

Linhart, D. (1994). *La modernisation des entreprises*, Paris, La Découverte, Collection Repéres

Linhart, D (2000). « Le discours d'accompagnement des TIC dans les entreprises », *La communication entre libéralisme et démocratie*, Paris, Actes de colloque du 12 décembre 2000.

Loneux, C, (2008). « L'éthique entrepreneuriale et managériale comme dispositif communicationnel : analyse des enjeux et pratiques- problématisations ». Mémoire d'Habilitations à Diriger les Recherches. Tome1

Loneux, C (2001a). « Effets d'une pédagogie des autoroutes de l'information dans le domaine des collectivités Territoriales » *Recherches en communication*, N° 15, pp. 63-76.

Loneux, C. & Parent, B (2010). *Communication Des Organisations : Recherches Récentes*, Tome 1. L'Harmattan

Lussier, MT. & C. Richard, (2004). « Talking time to save time », *Canadian Family Physician, Vol. 50,* p. 1087-1089.

Lussier, MT. & C. Richard, (2006). « Doctor-Patient Communication. Time to talk », Canadian Physician, Vol. 52, p. 1401-1402.

Lussier, MT. & C. Richard, (2005). « Une approche dialogique de la consultation » in, *La Communication professionnelle en santé*. , p. 12-34.

Mondada, L, (2002). Interactions et pratiques professionnelles : un regard issu des studies of Work, Studies in Communication Sciences 2/2, p.1-32.

Mucchielli,A. (2001) . *Les sciences de l'information et de la communication*. Edition n°3.

Nizet, J & Rigaux, N (2005). *La sociologie de Erving Goffman*, Repères. Edition La Découverte, Paris.

Nizet, J (2007). « La sociologie de Anthony Giddens », Editions La Découverte, Paris.

Olivesi, S, (2004).*Questions de méthode : Une critique de la connaissance pour les sciences de la communication*. L'Harmattan,

Orlikowski, W J (2000). « Using Technology and constituting Structures: A Practice Lens For Studying Technology in Organizations », Organization Science, Informs, pp 404- 428.

Orlikowski,W.J. (1992). « The duality of technology: Rethinking the concept of technology in organizations». *Organ*. 398-427

Orlikowski,W.J. (1993). « Learning from NOTES: organizational issues in group-ware implementations». *The Inform*. 237-250

Orlikowski,W.J. (1996). « Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective. *The* Inform. 63-92

Quéré, L. (1992). « L'espace publique : de la théorie politique à la métathéorie sociologique », Quaderni, N° 18, 76-92.

Quéré, L (1997). « La situation toujours négligée ? », Réseaux, N°85, pp. 163-192

Quéré, L (2001). « La structure cognitive et normative de la confiance », Réseaux, Vol. 19, N° 108, pp 125- 154.

Ricoeur, P. (1997). *L'Idéologie et Utopie*, Paris, Seuil.

Reix, R, (2002). Système d'information et management des organisations. 4 EDITION. Juin. Revues

Saint-Laurent Kogan, A-F De; Metzger, J-L, (2007). *Où va le travail à l'ère du numérique ?* Mars.

Saussois, J.M, (1999). "La grande entreprise industrielle fin de siècle » in *Les organisations: Etats des savoirs*. Sciences humaines Éditions.

Sicotte C, Contandriopoulos AP, Lerclerc Ch, Mitrica M, (1997). « Le dossier patient informatisé : bénéfices attendus par l'hôpital » Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Avril.

Sicotte C, Farand L, Paré G, Lehoux P, Sanderson D, (2002). « Analyse de la conception logique d'un Dossier Patient Partageable / Evaluation du projet vitrine : Dossier Patient Partageable l'expérimentation d'un dossier patient électronique au sein d'un réseau de soins intégrés » Département d'administration de la santé& Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Février .

Sicotte C, Paré G, Paccioni A, Lehoux P, (2005). « Analyse du risque associé au déploiement d'un dossier patient partageable » Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Février

Sicotte C, Paré G, Moreault M.-P, (2005). « La mesure du succès en matière de déploiement de système d'information clinique » Département d'administration de la santé. Université Montréal. Mai.

Sicotte C, Paré G, Bini KK, Moreault M.-P, Laverdure G, (2009). **«** Virtual Organization of Hospital Medical Imaging: A User Satisfaction Survey » Journal of Digital Imaging, July

Sicotte C, Paré G, Moreault M.-P, Lemay A, Valiquette L, Barkun J,(2009). **«** Replacing an Inpatient Electronic Medical Record: Lessons Learned from User Satisfaction with the Former System». Department of Health Administration.

Sicotte C, Paré G, (2010) **«** Success in health information exchange projects: Solving the implementation puzzle». Social Science & Medicine. February.

Suchman AL & al., (1997) **«**A Model of Empathic Communication in the Medical Interview», AMA. 277 (8): 678-682.

Suchman. L., (1990), «Plans d'action: Problèmes de représentation de la pratique en sciences cognitives», Raisons pratiques, vol. 1, p.149-170.

Suchman.L, (1987), Plans and Situated Action: The Problem of Human-Machine *Communication*,Cambridge MA: Cambridge University Press

Taylor J.R., (1993) «L'organisation n'est qu'un tissu de communication », Cahier de Recherche, Université de Montréal

Terssac G De; Bazet I; Rapp L, (2007)**.** *La rationalisation dans les entreprises par les technologies coopératives.* Octarés éditions.

Thiéblemont-Dollet, S (2010). « Dispositifs à l'œuvre dans les actions et mobilisations collectives », *Les dispositifs d'information et de communication : concepts, usages et objets,* Culture& Communication, Edition De Boeck Université.

Thiéblemont-Dollet, S (2006). « De l'engagement de conscience à l'engagement labellisé », *Formes de l'engagement et espace public*. Questions De Communication, série actes 3.

Vacher, B, (2004). « Du bricolage informationnel à la litote organisationnelle. Ou comment considérer le bricolage au niveau stratégique ? », *Sciences de la Société* n° 63, octobre, p, 15.

Vidaillet, B, (2003). *Le sens de l'action*, Paris : Vuibert.

Vygotsky, L.S., (1997). *Pensée et langage*. La Dispute, Paris. Weick, K.E. (2009). *Making sense of the organization*. The impermanent organization, vol 2., Wiley, Publication

Weick, K.E, (2001). *Making Sense of the organization*, Vol. 1, Blackwell Publishing

Weick, K.E, (1995). *Sensemaking in Organizations*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, Fondations for Organizational Science.

Weick, K.E, (1979). *Social Psychology of Organizing*, Addison Westley, reading, Mass., 2éme edition.

Wenger, E., (1998) Communities of Practice Learning as aSocial Systems, Thinker.

Wolton, D., (2009) *Informer n'est pas communiqué*. CNRS Editions. Paris

Autres sources

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023619023&dateTexte=&categorieLien=id

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020828212

http://www.aecom.org/Vous-informer/Juridique-TIC/Droit-public/Dematerialisation/Le-decret-Referentiel-General-de-Securite-RGS

http://droit.org/jo/20060105/SANX0500308D.html

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id

Le Point « Hôpitaux Palmarès 2009 ». Septembre 2009.

SYSTEMES D'INFORMATION ET MANAGEMENT : « Administration électronique », « Modernisations des services publics et réformes de l'État », « Transformation des organisations », « Collectivités territoriales et TIC », « Vote électronique ». Revue trimestrielle N° 1, Vol. 10 – 2005.

SYSTEMES D'INFORMATION ET MANAGEMENT : « TIC et coordination dans les Armées », « Métiers et partage des connaissances », « Recherche d'information et consommation sur le web », « Expérience de BPR à l'hôpital ». Revue trimestrielle N°1, Vol. 1- 2008.

Thèses consultées

« L'Islamisme au Sénégal (1978- 2007) » Université Rennes 1 présentée par **Mame Penda Bâ. 2007.**

« L'expérience de la télévision sur le téléphone portable. Pratique émergentes en contexte de convergence multimédia » Université Rennes 2 présentée par **Marcela Patrascu. 2011**.

Notes

P. 15: Mary Jo, Hatch. *Théorie des organisations.* Bibliothèque Nationale Paris. Janvier 2000. ISSN 0779 -4630/ ISBN 2-7445-0064-X.

P. 17 Michel Crozier, « La société, les organisations et le management à l'épreuve du temps », dans le Management aujourd'hui. Théories et pratiques, actes du Forum. DEMOS/Sciences Humaines, Editions DEMOS ,1999.

P. 35 Henri Tézenas du Montcel , « l'avenir appartient à l'immatériel dans l'entreprise » cité dans « L'avenir incertain de la gestion » in *Les Organisations Etats des savoirs* . 1999.

P. 38 « Le projet vitrine » : Rappelons que ce projet vitrine du DPP visait un projet de déploiement du Dossier Patient Electronique ou Dossier Patient Informatisé.*« Analyse du risque associé au déploiement d'un dossier patient partageable »* Sicotte, Paré, Paccioni, Lehoux 2005 b. Février 2005

P.73 :Ambris : Partenaire Actipidos : Solutions informatiques pour domaine médical

P. 100 Ce témoignage a été recueilli auprès d'un orthophoniste lors de la Journée de Catel 2012.

P. 133 : Journal officiel de la République Française. 10 Novembre 2006. Un Journal qui informe sur le cadre législatif des institutions en France

P. 155 L'éthique professionnelle : réfère à l'ensemble des obligations et responsabilités associées à l'exercice d'une profession. (Diane L. Demers, François Fournier, Marc Lemire, Pierrot Péladeau, Marie-Claude Prémont, David J. Roy 2004, p97)

P.158 AUDIPOG : est une association loi 1901 de professionnels de la naissance œuvrant depuis 1980 pour le développement d'un système d'information en périnatalité dans l'objectif de surveiller la santé périnatale en France en continu et d'évaluer les pratiques médicales.

P. 166 : Projets régionaux : en Bretagne, quatre régions qui ont déjà appliqué le Dossier Médical Personnel ont présenté leurs retours d'expériences à Rennes.:

P.175 : Essonne : est un département français situé au sud de Paris, dans la région Ile-de-France

P. 179 : Discours de Roseline Bachelot. 2009 :

P179 : un autre discours tenu par un professionnel de santé (médecin) que nous avions rencontré à une Journée Catel. Nous voulons mettre en exergues deux discours qui s'opposent dans ce phénoméne technologique

P.215 : J- J Romalet. Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, in les Cahiers de la Télésanté, 2010, p

P. 218 HPST (Hôpital, patients, santé, territoire) c'est une loi française promulguée le 21 JUILLET 2009. Elle a également pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale.

P. 246 : Des propriétés structurelles : Des règles qui constituent des schémas interprétatifs partagés qui permettent aux acteurs de communiquer : elles reposent sur des règles en mesure de construire du sen

P. 250 : « la mise en situation du logiciel » : un moment où les utilisateurs enactent l'outil, c'est-à-dire ils identifient les difficultés et tentent de les contourner. C'est le moment ou ils donnent sens au logiciel. Ils tentent de lever les équivoques et tentent de mesurer les avantages et les inconvénients.

ANNEXES

Résumé

Nous présenterons dans le cadre de cette thèse les résultats d'une étude qualitative basée sur deux logiciels (Hôpital Manager et CURSUS 3), implantés à la clinique La Sagesse de Rennes ; étude qui a pour objectif, de souligner les enjeux communicationnels que posent ces outils dans les pratiques cliniques. Ces outils sont considérés aujourd'hui comme des dispositifs de modernisation, de rationalisation, de changement des pratiques, et des interactions entre le patient, le médecin et les dispensateurs de soins. Ainsi, notre objectif est donc de montrer qu'en plus des enjeux techniques, managériaux, politiques et économiques qui sont identifiés par de nombreux chercheurs, il existe des défis en termes de communication.

Les interrogations que nous soulèverons du point de vue de la recherche en Science de l'Information et de la Communication, autour de ces processus de rationalisation, s'inscriront dans une problématique de changement organisationnel, de circulation d'information ou encore de normalisation des pratiques professionnelles. Dans ces préoccupations, la technologie déduit tout son raisonnement à partir d'une seule prémisse, celle de la performativité dans les organisations. Ce que nous retenons des travaux d'Orlikowski, réside dans le fait que ce qui compte pour évaluer l'efficacité et la performance d'une technologie n'est pas l'artefact technologique, mais c'est la technologie en pratique (Orlikowski, 2000). Ainsi, notre objectif est de montrer que le discours médico-intégratif, est un énoncé performatif qui repose sur des modalités de communication.

Mots clés : systèmes d'information, modernisation, santé, clinique La Sagesse, pratiques, normes, réglementation, éthique clinique, méthode qualitative, approche communicationnelle, théorie de la structuration, théorie de l'acteur réseau, action située.

Abstract

We present in this thesis the results of a qualitative study based on two programs (Hopital Manager and CURSUS 3), located at the clinic La Sagesse of Rennes; this study aims to emphasize the communicative challenges posed by these tools in clinical practice.

Those tools are now considered as devices for modernization, rationalization, change of practices, and interactions between the patient, the doctor and caregivers. Thus, our goal is to show that in addition to technical issues, managerial, political and economic factors that are identified by many researchers, they are also challenges in terms of communication.

The questions we will raise, from the point of view of research in Information Sciences and Communication, deal with rationalization process, and will be part of an issue related to organizational change, information traffic or standardization practices. Considering these concerns, technology deduces any reasoning from one premise, the one of performativity in organizations. What we choose to select in Orlikowski's work has to do with the fact that what matters, in order to evaluate the effectiveness and performance of technology, is not technological artifact, but technologies in practice (Orlikowski, 2000). Thus, our goal is to show that the integrative medical discourse is a performative utterance based on communication patterns.

Keywords : information systems, modernization, health, La Sagesse Clinic, practices, standards, regulations, clinical ethics, qualitative method, communicational approach, structuration theory, actor network theory, situated action.