



HAL
open science

Technicisation du raisonnement médical : une approche communicationnelle des pratiques délibératives et interprétatives en cancérologie

Marine Gout

► To cite this version:

Marine Gout. Technicisation du raisonnement médical : une approche communicationnelle des pratiques délibératives et interprétatives en cancérologie. Cancer. Université Paul Sabatier - Toulouse III, 2015. Français. NNT : 2015TOU30301 . tel-01334124

HAL Id: tel-01334124

<https://theses.hal.science/tel-01334124>

Submitted on 20 Jun 2016

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.

Université Fédérale



Toulouse Midi-Pyrénées

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par

L'Université Toulouse III - Paul-Sabatier

Présentée et soutenue par

Marine Gout

Le vendredi 6 novembre 2015

**Technicisation du raisonnement médical :
une approche communicationnelle des pratiques
délibératives et interprétatives en cancérologie**

École doctorale et discipline

ALLPHA

Sciences de l'Information et de la Communication

Unité de recherche

CERTOP (UMR 5044)

Directeurs de thèse

Anne MAYÈRE, Professeure en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Toulouse 3

Sylvie BOURDIN, Maître de Conférences en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Toulouse 3

Rapporteurs

Michel DURAMPART, Professeur en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Toulon

Consuelo VÁSQUEZ, Professeure en Sciences de la Communication, Université du Québec à Montréal

Examineurs

Jean-Luc BOUILLON, Professeur en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Rennes 2

Patrice DE LA BROISE, Professeur en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Lille 3

À Paul S.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce parcours doctoral, je tiens à adresser mes remerciements à mes deux encadrantes, Anne Mayère et Sylvie Bourdin, pour avoir guidé mon travail pendant ces quatre années très enrichissantes.

Je remercie également les membres du jury de me faire l'honneur de la lecture de cette thèse.

Ce travail a bénéficié d'un financement de l'université Toulouse III - Paul Sabatier, dans le cadre de l'appel d'offres du conseil scientifique en 2011. J'adresse tous mes remerciements à l'université ainsi qu'aux porteurs du projet, sans lesquels je n'aurais pas eu la possibilité de m'intéresser de façon aussi approfondie à ce sujet passionnant.

Les parcours doctoraux incorporent également une ouverture internationale qui fait en partie leur richesse. Je suis très heureuse d'avoir pu bénéficier du dispositif ATUPS, en étant accueillie à l'Université du Québec à Montréal auprès de Consuelo Vasquez, que je remercie pour tous nos échanges très enrichissants. Je remercie également François Cooren et son équipe de l'Université de Montréal, ainsi que Morana Alač et Martha Lampland de l'Université de Californie à San Diego, pour m'avoir offert la chance de présenter mes travaux auprès de collègues étrangers, et pour les échanges très stimulants qui s'en sont suivis.

Je souhaite également adresser mes remerciements aux services de l'université, de l'IUT et du CERTOP pour leur aide dans le vaste ensemble de démarches auquel tout doctorant est confronté.

Mes remerciements vont tout particulièrement aux médecins de mon terrain, que je remercie, à regrets de façon anonyme. Je souhaite remercier spécifiquement « Paul » pour m'avoir ouvert la porte de cet univers qui continuera de me fasciner encore longtemps.

Bien que le travail de rédaction de thèse soit un travail solitaire, il s'inscrit toutefois dans un collectif. Je remercie donc l'ex-équipe Ecorse, dans laquelle j'ai trouvé davantage que des collègues, et où chacun, à sa manière, m'a aidée à construire le travail qui se concrétise par ce mémoire de thèse. Merci aux enseignants-chercheurs de l'équipe qui ont toujours été présents pour me conseiller : Angélique, Bruno, Isabelle ... Des remerciements amicaux vont aux doctorants et ex-doctorants-docteurs de l'équipe pour avoir partagé ce bout de chemin ensemble : Adrien, Anja, Karolina, Marie, Philippe, Sarah, merci à vous.

Le travail de thèse n'est rien sans les rencontres intellectuelles qui le ponctuent, et les discussions interminables occasionnées. À ce titre, je souhaite remercier Florent, Jean-Luc, Florian et Sylvie. J'espère que nous aurons encore de nombreuses conversations passionnantes ensemble. Merci à vous de m'avoir fait avancer. Je souhaite également adresser mes remerciements à Pierre Delcambre, pour nos échanges très enrichissants, et pour sa plaisante formule pour qualifier mon travail – une « anthropologie du travail équipé ». Je tiens aussi à remercier Christian Fauré de m'avoir accordé de son temps pour échanger autour d'un parcours intellectuel partagé.

Je souhaite également remercier Anthony et Thierry, mes amis informaticiens - mathématiciens, pour leur relecture experte et indispensable de mes incursions dans leurs domaines.

Merci également à Guillaume et Lewis pour m'avoir initiée aux rudiments de LaTeX, qui a permis la rédaction robuste et élégante du présent document.

Bien qu'il ne reste que la thèse comme trace du parcours doctoral, il s'agit aussi d'une étape de vie professionnelle, qui se déroule en parallèle. Je remercie l'IUT de Tarbes de m'avoir confié des enseignements et de m'avoir mis dans les meilleures conditions pour mener mon parcours doctoral à bien. Merci également au CERTOP d'avoir accompagné mon travail et permis de développer des initiatives.

Mon parcours doctoral a été marqué par un investissement institutionnel important, en tant qu'élue au conseil scientifique de l'université, et en tant que membre de l'équipe présidentielle. Dans le cadre de mon mandat électif, je tiens à remercier mes amis doctorants d'autres universités avec qui nous avons travaillé lors de la construction de l'université fédérale. Clément, Fred, Fanny, Agathe, Elsa, Étienne, merci à vous. Merci également à l'ensemble des personnels et élus que j'ai eu la chance de trouver dans mon parcours dans le cadre de mes différentes activités institutionnelles, ces rencontres ont toutes été riches d'enseignements, et je souhaite vous témoigner ma gratitude, même si je ne peux nommer tout le monde en ces quelques lignes. Je souhaite toutefois remercier spécifiquement Hugues Chap et Pierre Celsis d'avoir facilité mon acculturation au monde médical. Cette facette de mon parcours doctoral a été aussi enrichissante que décisive pour la suite de mon parcours professionnel. Je souhaite adresser mes remerciements à Bertrand, pour la confiance qu'il m'a accordée, et à l'ensemble de l'équipe et du cabinet pour la bienveillance dont j'ai fait l'objet. J'ai énormément appris à vos côtés, et je vous en suis très reconnaissante.

Je souhaite enfin remercier ma famille et mes amis pour leur soutien inestimable, en dépit de mon indisponibilité prolongée. Je m'excuse de ne pas vous nommer tous ici tant la liste serait longue, mais vous savez ma reconnaissance. Je tiens toutefois à remercier nommément mes grand-parents maternels pour leur aide inconditionnelle tout au long de mon parcours scolaire puis universitaire sans laquelle je ne serais pas allée aussi loin. Merci également aux différentes configurations de « Law Street » pour leur soutien au quotidien, Amandine, Brice, Carole, Flo, Leïla, Manon.

Enfin, une pensée à la mémoire de Patrick avec qui ce projet de thèse avait germé il y a maintenant longtemps.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	3
I PROBLÉMATIQUE ET POSITIONNEMENT THÉORIQUE	11
1 TECHNO RAM : DU PROGRAMMATIQUE À LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	13
1.1 « Travailleurs du savoir » et rationalisation	16
1.1.1 L'émergence de la catégorie des « travailleurs du savoir »	16
1.1.2 Le programme SoCoTSaRa	23
1.1.3 Des travailleurs du savoir aux professions à pratique prudentielle	26
1.2 Rationalisation des organisations hospitalières	29
1.2.1 Des réformes des politiques publiques de santé aux reconfigurations organisationnelles associées	31
1.2.2 Questionner les rationalisations organisationnelles par les savoirs et les pratiques professionnelles	35
1.2.3 Conceptualiser les rationalisations organisationnelles en Sciences de l'Information et de la Communication	43
1.3 L'EBM, traceur des dynamiques de rationalisation	48
1.3.1 L'EBM : paradigme et technologie	49
1.3.2 Tracer l'EBM dans l'organisation pour analyser les pratiques	55
2 QUEL CADRE POUR PENSER L'ARTICULATION PRATIQUES - TECHNOLOGIES - ORGANISATION?	59
2.1 De l'organisation aux processus organisants	61
2.1.1 Interroger communicationnellement l'organisation	62
2.1.2 Questionner les technologies dans les ACO	73
2.2 Penser la technologie entre communication et organisation	82
2.2.1 La technique anthropologiquement constitutive / constituante	83
2.2.2 De la technique constitutive / constituante à la technique organisante	89
2.2.3 Rationalisation et grammatisation	91
2.3 Opérationnaliser notre cadre théorique : infrastructures et cognition distribuée	95
2.3.1 Unités d'analyse : pratiques et milieu technique	96

2.3.2	La cognition distribuée	98
2.3.3	Infrastructures, sémiotique et catégories	100
II	CONSTRUCTION DES OBJETS DE LA RECHERCHE	107
3	DE LA DÉCISION À LA DÉLIBÉRATION	111
3.1	La décision médicale : une catégorie empirique	113
3.1.1	La décision dans le raisonnement médical	114
3.1.2	Une pratique reliant des considérations variées	117
3.1.3	La décision médicale dans le paradigme de l'Evidence Based Medicine	119
3.2	La décision médicale au prisme des études sur la décision	122
3.2.1	Approches classiques de la décision	123
3.2.2	La décision thérapeutique in the wild : une tentative	129
3.3	La décision est-elle un objet communicationnel?	134
3.3.1	Interroger communicationnellement la décision	135
3.3.2	Un objet peut-il être communicationnel?	139
3.4	La délibération comme pratique communicationnelle et prudentielle	143
3.4.1	Construire la délibération comme objet problématisé	144
3.4.2	La délibération pour interroger les pratiques décisionnelles en médecine	148
4	DISCERNER LE PARTICULIER – CLINIQUE ET INTERPRÉTATION	151
4.1	Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical	155
4.1.1	Naissance de la méthode anatomo-clinique au XIX ^e siècle	157
4.1.2	Régimes de visibilité	160
4.1.3	Du symptôme au signe	162
4.2	La sémiologie médicale : éléments empiriques	166
4.2.1	Interpréter le langage des maladies	167
4.2.2	De la sémiologie clinique à la sémiologie paraclinique	171
4.3	Le processus interprétatif : une pratique prudentielle et indiciare	175
4.3.1	Pratiques prudentielles et paradigme indiciare	176
4.3.2	Discerner le particulier, ordonner l'expérience sensible	179
4.4	Des signes aux preuves	183
4.4.1	Symptôme et signe chez Foucault	184
4.4.2	Une prétention sémiotique nécessaire	188
4.4.3	Preuve et evidence	191

5	COMPRENDRE LE TERRAIN, CONSTITUER UN ENSEMBLE EMPIRIQUE	201
5.1	Posture méthodologique et accès aux terrains	203
5.1.1	Une approche compréhensive	204
5.1.2	Une enquête ethnographique longitudinale	206
5.1.3	Un terrain principal agrégeant des matériaux hétérogènes	208
5.2	Entrer à l'hôpital	212
5.2.1	Spécificités d'un terrain hospitalier médical	213
5.2.2	Premiers contacts	215
5.2.3	La RCP d'Hépatogastro-entérologie	217
5.2.4	Des premières observations au choix de l'observable principal	219
5.3	Observer l' <i>EBM</i> par son milieu technique	221
5.3.1	Démonter les boîtes noires	222
5.3.2	L'application Oncomip	224
5.3.3	Codifications et systèmes de classification	227
5.3.4	Thésaurus	233
5.4	Comprendre les pratiques : rentrer dans le terrain	236
5.4.1	Immersion, intégration	237
5.4.2	La RCP	239
5.4.3	Un outil de formation : les TCS	244
5.4.4	Le cas de l'interprétation radiologique	246
5.4.5	Entretiens complémentaires	249
6	COMPRENDRE LES RECOMPOSITIONS DU RAISONNEMENT MÉDICAL EN QUESTIONNANT LES DYNAMIQUES DE RATIONALISATION	251
6.1	L'équipement technique de la rationalisation	253
6.1.1	Oncomip à partir des pratiques	254
6.1.2	Oncomip en tant que processus	259
6.2	Des technologies de réduction de l'incertitude	267
6.2.1	Les cas relevant d'une prise en charge « standard »	268
6.2.2	Une anti-casuistique organisationnelle	275
6.3	Conjecturer, faire parler les preuves et les signes	287
6.3.1	Les cas difficiles	289
6.3.2	Conjecturer, lever le doute	301
6.3.3	Évaluer le jugement clinique	313
6.4	Discernement du particulier et discrétisation	319
6.4.1	Technologies d'ordonnancement des signes	320
6.4.2	Pratiques interprétatives : le cas de la radiologie	326

CONCLUSION GÉNÉRALE	333
LISTE DES FIGURES	340
BIBLIOGRAPHIE	343
ANNEXES	357

AVANT-PROPOS

Avant d'entamer le volume de la thèse, nous souhaitons procéder à un ensemble de précisions relatives aux choix typographiques et de mise en page effectués dans la rédaction.

- Cette thèse a été rédigée à l'aide du logiciel libre de traitement de texte \LaTeX . L'architecture est liée aux classes de documents prévues par le logiciel. La thèse comprend trois parties, qui sont subdivisées en chapitres. Chaque chapitre comprend des sections, qui sont elles-mêmes subdivisées en sous-sections. Nous y faisons référence dans le texte en utilisant ce même vocabulaire. Nous avons limité autant que possible les sous-sous-sections, qui ne sont pas visibles dans le sommaire général et dans les sommaires de chapitres.
- Nous avons limité l'emphase typographique à l'usage de l'*italique* qui fait référence à des notions ou concepts spécifiques, ou à une emphase.
- Les « guillemets » marquent une prise de distance par rapport à des termes de sens commun ou à des expressions de terrain.
- Nous utilisons une typographie spécifique à chasse fixe pour marquer les éléments constituant ou se rapportant à l'enquête empirique.
- Le document électronique de la thèse comprend des renvois hypertextes sur toutes les citations bibliographiques, et sur toutes les références internes au document.
- Dans la plupart des chapitres, une page de synthèse est ajoutée après chaque section, permettant de mettre en visibilité les éléments pertinents pour la suite de la lecture de la thèse.

INTRODUCTION

« Toutes les sciences et tous les arts ont des principes certains sur lesquels tout le monde s'accorde, et dont l'énoncé seul porte avec lui le caractère de l'évidence ; mais, dans tous les arts et toutes les sciences, (les mathématiques exceptées,) l'application des principes est presque toujours conjecturale. »

Brulley (1801) *Essai sur l'art de conjecturer en médecine*

S'intéresser aux pratiques de la médecine revient à entrer dans un univers aussi complexe que fascinant. Cet ensemble de savoirs et de pratiques est si vaste qu'il nécessite de nourrir simultanément des ambitions modérées et un investissement important. En effet, construire un positionnement scientifique singulier dans un ensemble de travaux déjà très développé suppose d'être en mesure d'en connaître les contenus et les contours, puis de développer un questionnement original. La thèse que nous présentons dans ce volume rend compte de ce trajet scientifique, dans une nécessaire linéarisation d'un processus qui aura duré quatre années. Avant de présenter l'architecture du présent document, nous souhaitons développer de façon synthétique les différentes étapes qui structurent l'élaboration de la question de recherche.

Ce travail doctoral est inscrit dans le programme de recherche TechnoRam, programme qui cherche à analyser et comprendre les processus de rationalisation à l'œuvre dans les organisations de santé, par le prisme des technologies qui équipent l'activité des médecins hospitaliers. Alors que l'équipe Ecorse du CERTOP a longuement étudié cette problématique de la rationalisation de l'activité médicale dans des travaux s'intéressant aux activités communicationnelles des personnels infirmiers (Mayère *et al.*, 2012), ce travail cherche à étendre le domaine d'investigation à une nouvelle catégorie de professionnels de santé, et à de nouvelles formes de pratiques.

Le choix de la catégorie des médecins hospitaliers fait écho à un constat : celui du développement de processus de rationalisation dans des professions de haut niveau de qualification qui étaient jusque là assez peu touchées par cette tendance forte des organisations contemporaines. Cette catégorie de professionnels était désignée dans le projet TechnoRam par l'expression « travailleurs du savoir ». Pour qualifier les spécificités professionnelles des méde-

cins hospitaliers, nous effectuons une transition vers une catégorie développée par Florent Champy, en sociologie des professions, qui est celle des professions à pratique prudentielle (Champy, 2012). Il s'agit d'une catégorie construite en référence au concept aristotélien de *prudence*, qui désigne un mode de connaissance et d'action particulier, propres aux situations où le « *travail ne consiste pas – ou pas principalement – à appliquer mécaniquement des savoirs scientifiques* »¹. La singularité des cas médicaux, leur complexité, constituent une source d'incertitude, et font du travail médical une activité conjecturale. Pourtant les recompositions organisationnelles introduites dans cette conception de l'activité des médecins par les processus de rationalisation, visent à réduire l'incertitude dans les décisions cliniques. Nous nous intéressons plus généralement à la façon dont ces processus vont venir recomposer les spécificités professionnelles des médecins, et en particulier cette dimension conjecturale de l'activité.

Un axe important du programme de recherche TechnoRam concerne les technologies, qu'il s'agit de coupler avec la question de la rationalisation de l'activité des médecins hospitaliers. Questionner les dynamiques de rationalisation qui traversent les organisations de santé reviendra, dans ce travail, à chercher à qualifier les formes de rationalité mises en œuvre dans les technologies et dans les pratiques. Nous proposons donc d'étudier comment les différentes technologies qui composent le milieu technique professionnel viennent équiper l'activité, les pratiques de la médecine. Il est cependant important de signaler en préambule la façon dont nous allons aborder ces technologies. Le cadre théorique que nous avons retenu envisage les technologies dans la relation *constitutive* qu'elles entretiennent avec les pratiques. De la même manière que l'écriture rend possible une *raison graphique* (Goody, 1979), nous cherchons à qualifier de nouvelles formes de rationalité identifiables dans le milieu technique, et dans les pratiques.

À ce stade, nous pouvons effectuer une première formulation de notre question de recherche : *En partant de l'hypothèse qu'il existe une tension entre pratiques prudentielles et processus de rationalisation, quelles sont les recompositions que cette tension produit dans les pratiques équipées ?*

UNE APPROCHE COMMUNICATIONNELLE

Alors que l'on cherche à comprendre comment les processus de rationalisation à l'œuvre dans les organisations de santé viennent recomposer les pratiques professionnelles des médecins hospitaliers, nous proposons de développer notre problématique en soulignant en quoi l'adoption d'un point de vue communicationnel sur les objets que nous traitons vient enrichir le questionnement, voire le renouveler. Plus précisément, nous tenterons de montrer

1. *Ibid.* Notre accentuation

en quoi les Sciences de l'Information et de la Communication peuvent constituer une entrée, une approche, dans la manière dont elles ont permis de développer en objets de recherche les phénomènes auxquels nous assistions.

L'ambition de ce travail est de s'inscrire dans le champ des approches communicationnelles des organisations (ACO), et plus précisément dans l'approche *intégrative* proposée par Bouillon (2013). Le cadre des ACO envisage l'organisation non comme un *étant-là* mais comme un processus intermédiaire de structuration sociale, qui se constitue dans et par les activités communicationnelles. À partir de là, il est possible de se saisir d'un outil théorique permettant de penser les articulations nécessaires à la compréhension d'un objet complexe. En effet, « *Étudier les organisations dans cette perspective revient à les considérer comme catégorie conceptuelle, dont l'analyse est susceptible de permettre de mieux saisir les relations entre le micro et le macro, l'individuel et le collectif, le singulier et le général* » (Bouillon *et al.*, 2007). S'inscrire dans ce champ, en voie de constitution, implique de développer un positionnement singulier, et de construire un cadre théorique hybride. En effet, la diversité des catégories d'observables et d'objets est spécifique à ce type d'approches. Dans notre thèse, nous proposons une tentative de mise en œuvre de ce programme en nous basant sur les technologies et leur capacité à relier des espaces organisationnels distincts et distants.

C'est cette nécessaire intrication des observables qui permet de conserver et comprendre la complexité de l'organisation étudiée. Ces éléments offrent la possibilité d'une vision matricielle, où l'on peut suivre la trajectoire des énoncés ou des pratiques dans l'épaisseur d'une organisation : les différents observables donnent à voir l'action dans différentes configurations empiriques, et permettent de construire un cadre pertinent pour un objet de recherche complexe, où les technologies constituent à la fois un traceur empirique commun aux différentes dimensions communicationnelles de l'organisation, et des observables à part entière.

La tentative théorique que nous portons dans ce travail nous amène à questionner les dynamiques de rationalisation à partir de la technicisation qui leur donne forme. Alors que des formes techniques traversent et participent à la constitution de l'organisation, dans ses différents espaces, il s'agit de questionner les rationalités qui les sous-tendent, en examinant le milieu technique et les pratiques équipées.

EVIDENCE BASED MEDICINE ET DÉCISION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE

Il est nécessaire en préambule de décrire de façon succincte le terrain d'observation en question dans ce travail, afin d'explicitier au mieux l'élaboration de la question de recherche. Le programme TechnoRam prévoyait l'ouverture d'un terrain défini. Il s'agit d'un centre hospitalier intercommunal, situé dans une ville moyenne de la région Midi-Pyrénées.

Il a donc été nécessaire de procéder à l'ouverture de ce terrain, et de construire un environnement d'observation au contact de médecins hospitaliers. L'aboutissement de ce travail s'est concrétisé par la signature d'un engagement de confidentialité avec la direction du centre hospitalier, et par un accord de principe d'un responsable de service, autorisant ainsi l'observation de réunions de médecins. L'observable principal qui a été choisi est une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), réunion hebdomadaire et spécifique à un service donné. Ces réunions sont obligatoires dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de cancer, et sont réglementées au niveau national. Cette réunion doit donner lieu à une décision collégiale sur le protocole de prise en charge thérapeutique qui sera proposé au patient. Les observations de ces réunions constituent une grande partie du matériau mobilisé dans ce travail, et constituent le niveau *micro* des interactions, où l'on va chercher à retracer les dynamiques de rationalisation.

Il est cependant nécessaire de s'intéresser à la globalité des organisations de santé, d'autant plus lorsque l'on retient la problématique de la rationalisation de l'activité médicale, en cherchant à comprendre à partir de quels leviers ces politiques se mettent en place dans le tissu organisationnel. Il va de soi qu'il n'est pas possible d'embrasser une question aussi large en adoptant une posture qui prétend à l'exhaustivité. Nous devons pourtant trouver une porte d'entrée dans cette problématique, qui sera un fil rouge dans les différents niveaux d'observation de l'organisation, tantôt très visible et affiché, tantôt plus discret mais néanmoins présent. Notre porte d'entrée sur le terrain sera l'*Evidence Based Medicine*, notée EBM.

Le paradigme de l'EBM prend racine dans le programme de « *rational therapeutics* » (Marks, 1999), originaire des Etats-Unis, qui s'est développé entre le XIX^e et le XX^e siècle. Ce programme s'est construit dans l'objectif de contrôler l'efficacité de produits pharmaceutiques mis sur le marché sans que le soulagement symptomatique n'ait été démontré (*Ibid.*). Cette démarche, inspirée par les travaux de Claude Bernard en particulier, cherche à assurer la scientificité de la thérapeutique par l'expérimentation. L'EBM, dans la continuité de la thérapeutique rationnelle, vise donc à établir des « preuves » dites objectives, pour permettre au clinicien d'équiper son jugement de faits scientifiques (Rolland, 2011).

Le texte faisant référence dans la littérature médicale, intitulé « *Evidence based medicine : what it is and what it is not* » et sous-titré « *It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence* » définit l'EBM comme : « *the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individuals patients* » (Sackett *et al.*, 1996). Il s'agit donc d'intégrer à l'expertise clinique individuelle les « meilleures données » externes provenant de la recherche systématique.

Notre matériau principal, l'observation de réunions de concertation pluridisciplinaire, donne à voir des processus de prise de décision collectives concernant des cas de patients atteints de cancers. Dans le cadre de ces RCP, nous chercherons à identifier les différentes pratiques du processus décisionnel, et à comprendre ce qui se joue dans l'interaction. Dans ces réunions, afin d'articuler les différents niveaux, nous chercherons à rendre visible la façon dont sont *intégrées* les *preuves* tant dans la façon dont les protocoles ont été construits que dans la façon dont ils sont mis en actes.

C'est en effet la façon dont sont mises en oeuvre ces rationalités, portées par l'institution et basées sur le paradigme de l'EBM que nous souhaitons isoler et étudier. Les processus de rationalisation qui en résultent sont donc étudiés dans le cadre des RCP, afin de saisir la façon dont nous pouvons retrouver ces rationalités dans les pratiques professionnelles des médecins hospitaliers. Nous pouvons donc formuler une première dimension de notre question de recherche de la façon suivante : il s'agit de comprendre *comment la logique des preuves vient modeler la pratique de la décision médicale*, à partir d'une ethnographie des réunions de concertation.

Une nouvelle formulation de notre question de recherche peut alors être : *Quelles sont les formes de rationalité inscrites dans les méthodes relevant de l'EBM? De quelle manière peut-on les retrouver dans les pratiques? Comment la notion de « preuve » s'articule-t-elle avec la dimension conjecturale de l'activité?*

ACCÉDER AU RAISONNEMENT MÉDICAL PAR LES PRATIQUES

Pour comprendre la façon dont sont prises des décisions médicales, collectivement, un travail ethnographique en situation est certes nécessaire mais non suffisant. Comprendre les pratiques nécessite également une immersion dans la logique médicale, dans une pensée professionnelle spécifique, hautement complexe et qualifiée, produit d'une longue histoire scientifique. Nous avons choisi de porter notre attention sur un objet de recherche, le *raisonnement médical*, qui est étudié à partir de deux formes communicationnelles qui nous ont été accessibles : les pratiques délibératives et interprétatives.

La construction de ces deux objets de recherche distincts constitue l'objet de notre enquête, permettant d'approcher communicationnellement le *raisonnement médical*. Il s'agit alors de désigner à l'aide de termes propres au travail entrepris ici les pratiques de la décision collective dans les réunions de concertation, et les pratiques de production des signes qui participent à ce processus. Nous ne soutenons pas que le raisonnement médical s'y réduise, mais ce sont les prises empiriques et analytiques à partir desquelles nous tentons d'en cerner les recompositions.

À partir de ce premier développement de la structure générale de notre thèse, quelles perspectives pouvons nous déterminer pour une approche communicationnelle? Nous ne pouvons que constater la forte dimension interdisciplinaire marquant à la fois notre terrain, notre questionnement, et nos outils conceptuels. Cette interdisciplinarité n'est pas une collection de concepts et de modèles théoriques auxquels on s'intéresserait séquentiellement, mais un ensemble de notions et de courants, portés par des cadres dont la congruence sera établie. Toutefois, ce qui fonde la dimension communicationnelle de ce travail n'est pas tant l'interdisciplinarité en elle-même mais la façon dont elle est envisagée. Pour reprendre les termes de Daniel Bounoux, le modèle communicationnel « *pose la relation avant les termes de celle-ci* » (Bounoux, 1991), et nous nous inscrivons dans ce modèle et dans cette pensée, rendus nécessaire par la complexité de notre objet d'étude.

En effet, alors que l'on questionne à la fois les politiques publiques de santé, leur mise en oeuvre dans des procédures, et leur actualisation dans les pratiques; nous cherchons à retracer les dynamiques interactionnelles qui présentent et mettent en actes des éléments plus ou moins visibles en différents espaces et temporalités de l'organisation, ce sont bien les *relations* que nous cherchons à retracer. Plus encore, à partir de notre travail ethnographique, qui rassemble des documents réglementaires, des observations de processus délibératifs, des constitutions de dossiers informatisés, des observations d'interprétations collectives d'imageries médicales; il ne s'agit pas d'étudier séparément les théories de la décision, la sémiologie médicale, les systèmes d'informations hospitaliers ou les politiques publiques de santé. Il s'agit bien au contraire, à partir de la question de la rationalisation – que nous abordons par l'EBM comme *technicisation* – de dépasser l'interaction locale pour comprendre comment elle participe à constituer la dynamique organisationnelle.

ARCHITECTURE DE LA THÈSE

L'architecture générale de la thèse est construite autour de trois grandes parties, et comprend un total de six chapitres.

- La première partie est consacrée à l'élaboration de la problématique générale de la thèse, et à la construction d'un cadre théorique.
 - Le premier chapitre cherche à éclairer la façon dont nous nous sommes saisie du contrat TechnoRam et de ses enjeux pour produire une problématique adaptée aux conditions du terrain que nous avons ouvert. Nous y exposons les choix de problématisation effectués pour délimiter les contours de ce travail.
 - Le second chapitre est consacré au cadre théorique de notre travail, où nous avons tenté une proposition d'articulation théorique entre les questions d'organisation, de technologies et de pratiques. Le parcours interdisciplinaire détaillé montre l'élaboration d'un cadre théorique hybride adapté à la problématique et aux conditions d'observation.
- La seconde partie de la thèse rend compte du processus de construction des objets de la recherche. Nous y explicitons comment la construction de deux objets distincts et complémentaires nous permet d'approcher la question du *raisonnement médical* en cancérologie.
 - Le troisième chapitre cherche à opérer un déplacement entre un objet professionnel et un objet de recherche qui est propre à ce travail. Il s'agit alors de passer de la « décision » au *processus délibératif*.
 - Le quatrième chapitre est construit de façon similaire au précédent. Il cherche à passer de la « sémiologie médicale » au *processus interprétatif*. Nous y questionnons la production des signes cliniques au sein des processus délibératifs.
- La troisième et dernière partie de la thèse est consacrée au volet empirique de notre enquête.
 - Le cinquième chapitre procède à la présentation de nos choix méthodologiques, et expose l'élaboration de notre matériau empirique.
 - Le sixième et dernier chapitre présente un volume plus important que les précédents. Il est constitué de l'analyse de notre matériau empirique. À partir de notre matériau empirique, nous étudions la technicisation des pratiques au sein de nos objets de recherche.

I PROBLÉMATIQUE ET POSITIONNEMENT THÉORIQUE

1 TECHNO RAM : DU PROGRAMMATIQUE À LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

SOMMAIRE

1.1	« Travailleurs du savoir » et rationalisation	16
1.1.1	L'émergence de la catégorie des « travailleurs du savoir »	16
1.1.2	Le programme SoCoTSaRa	23
1.1.3	Des travailleurs du savoir aux professions à pratique prudentielle	26
1.2	Rationalisation des organisations hospitalières	29
1.2.1	Des réformes des politiques publiques de santé aux recompositions organisationnelles associées	31
1.2.2	Questionner les rationalisations organisationnelles par les savoirs et les pratiques professionnelles	35
1.2.3	Conceptualiser les rationalisations organisationnelles en Sciences de l'Information et de la Communication	43
1.3	L'EBM, traceur des dynamiques de rationalisation	48
1.3.1	L'EBM : paradigme et technologie	49
1.3.2	Tracer l'EBM dans l'organisation pour analyser les pratiques	55

INTRODUCTION DU PREMIER CHAPITRE

Il s'agit dans ce chapitre de retracer la genèse de ce projet doctoral, dont les éléments constitutifs sont nécessairement distribués dans un ensemble d'incitations et de contraintes, institutionnelles et relatives à notre discipline, façonnés tout au long d'un parcours où le terrain d'observation a été approché puis investi. Nous tenterons donc ici l'exercice d'un chapitre exposant les différents contextes ayant permis la rédaction de cette thèse, avec une prétention à la fois narrative et analytique dans le propos. Ce chapitre permettra au lecteur de suivre l'assemblage qui a donné forme à notre problématique, et qui a permis de construire un positionnement de jeune chercheur, à la fois singulier et inscrit dans une pratique collective et structurée de la recherche.

Le projet intitulé « Rationalisation des activités médicales : technologies artefacts et technologies méthodes » – également appelé « Technoram » – a été lauréat d'un appel d'offres du Conseil Scientifique de l'université Toulouse III - Paul Sabatier en 2011. Ce projet porté par l'équipe Ecorse du CERTOP se donnait pour objectifs de comprendre et analyser les processus de rationalisation équipés de *technologies*. Parmi les objectifs scientifiques de ce projet, une place importante était consacrée à l'articulation de grandes thématiques de recherche, que nous citons brièvement mais dont nous détaillerons davantage la teneur dans le courant de ce premier chapitre :

- Approches Communicationnelles des Organisations, Communication Constitutive de l'Organisation;
- travailleurs du savoir et rationalisation;
- les transformations des activités de santé à l'hôpital : l'articulation technologie organisation;
- les événements indésirables dans les systèmes de santé;
- gestion des risques et informatisation du dossier de soins.

Il s'agit donc ici de rendre compte de la façon dont ce programme de recherche a été instancié et mis en œuvre dans un de ses volets qui comprenait ce travail doctoral.

L'économie qui a été retenue pour ce chapitre rend compte, en passant par une nécessaire linéarisation, de la convergence entre différentes approches et différents questionnements, que nous avons progressivement organisés de façon non chronologique pour y préférer un parcours où nous partirons de problématiques très larges, pour ensuite resserrer petit à petit la focale et arriver au choix de notre terrain d'observation.

La première section est consacrée à la question de la catégorie des « travailleurs du savoir » dont nous questionnerons les différentes modalités de constitution et la façon dont elle est mise à l'épreuve, au prisme des dynamiques de rationalisation des organisations

contemporaines (1.1). Nous poursuivrons ce chapitre par un déplacement pour nous placer au niveau des organisations de santé, en suivant le fil de la question des dynamiques de rationalisation, en mettant en discussion les travaux universitaires sur ce sujet avec les textes réglementaires qui appuient les politiques publiques de santé (1.2). La troisième section, suite à une première étape de la problématisation de ce travail, fait entrer en scène le paradigme de l'« Evidence Based Medicine » ou « médecine des preuves », dont nous retraçons la genèse, que nous relierons avec notre problématique transversale à tous les prismes d'interrogation de nos objets, à savoir les dynamiques de rationalisation (1.3). Le chapitre se termine avec une dernière phase de problématisation.

1.1 « TRAVAILLEURS DU SAVOIR » ET RATIONALISATION

1.1.1 L'ÉMERGENCE DE LA CATÉGORIE DES « TRAVAILLEURS DU SAVOIR »

L'expression « travailleurs du savoir » cherche à recouvrir un ensemble de professions spécifique, et dont l'exposition aux processus de rationalisation renouvelle de nombreuses problématiques transcendant les disciplines des sciences humaines et sociales. L'origine même de cette expression – traduite par le terme *knowledge workers* dans les travaux anglo-saxons – se trouve dans deux ouvrages principaux de sociologie portant sur l'avènement de la société post industrielle (Touraine, 1969, Bell, 1976). Que l'on parle de « tertiarisation de l'économie » ou de développement de l'industrie des services, c'est de cette mutation socio-économique profonde dont il est question, portant avec elle de nombreuses recompositions.

Bien que nous ne prétendions pas à l'élaboration d'une définition de la catégorie des travailleurs du savoir, il nous semble cependant nécessaire de rappeler en amorce qu'elle est généralement désignée dans la littérature sociologique et managériale comme un ensemble de professions dont la majeure partie de l'activité consiste à manipuler, produire, transmettre des connaissances. (Bell, 1976, Reich, 1997, Bouchez, 2004, Work Foundation, 2009, Bourdin *et al.*, 2010).

Le courant post-industrialiste, initié par Bell et Touraine dans les années soixante-dix, propose de penser ces recompositions sociologiques dans le contexte de l'après seconde guerre mondiale. Ces travaux nous permettent de poser les enjeux inhérents à la constitution de la catégorie des travailleurs du savoir, et d'en mesurer des implications sociétales, mais également analytiques dans le cadre de ce travail. À la fin des années quatre-vingt-dix, Reich et Rifkin proposeront de nouvelles contributions que nous avons retenues comme pertinentes pour affiner les caractéristiques de cette catégorie. Ces éléments permettent de s'intéresser de façon plus précise à la place des technologies dans l'activité des professionnels concernés (Reich, 1997, Rifkin, 2000). Plus récemment, la question de la catégorie des travailleurs du savoir a donné lieu à des ouvrages portant sur les recompositions économiques et professionnelles (Bouchez, 2004), et à une étude quantitative de la Work Foundation, souvent mobilisée pour traiter de cette question (Work Foundation, 2009).

1.1.1.1 DANIEL BELL ET LA SOCIÉTÉ POST-INDUSTRIELLE

L'émergence de la catégorie des « travailleurs du savoir » se produit conjointement à celle de la « société de la connaissance », et se fonde sur le développement des activités professionnelles dont le cœur des compétences et attributions réside dans la production, mobilisation, mise en forme et diffusion des connaissances (Bourdin *et al.*, 2010). Dans un ouvrage fondateur, où Bell s'intéresse de façon globale à l'émergence de la société post-industrielle, l'auteur

souligne particulièrement le développement des échanges directs entre les individus, et la production et l'échange d'informations et de savoirs. Plus encore, il propose un schéma conceptuel de la société post-industrielle, de façon très générale et dans une visée analytique, qu'il établit comparativement avec les sociétés pré-industrielle et industrielle. Nous reproduisons ci-après le tableau général proposé par Bell (Bell, 1976, p. 117).

From Industrial to Post-Industrial Society

TABLE 1-1
General Schema of Social Change

	PRE-INDUSTRIAL	INDUSTRIAL	POST-INDUSTRIAL	
Regions:	Asia Africa Latin America	Western Europe Soviet Union Japan	United States	
Economic sector:	Primary Extractive: Agriculture Mining Fishing Timber	Secondary Goods producing: Manufacturing Processing	Tertiary Transportation Utilities	Quaternary Trade Finance Insurance Real estate
Occupational slope:	Farmer Miner Fisherman Unskilled worker	Semi-skilled worker Engineer	Professional and technical Scientists	
Technology:	Raw materials	Energy	Information	
Design:	Game against nature	Game against fabricated nature	Game between persons	
Methodology:	Common sense experience	Empiricism Experimentation	Abstract theory: models, simulation, decision theory, systems analysis	
Time perspective:	Orientation to the past Ad hoc responses	Ad hoc adaptiveness Projections	Future orientation Forecasting	
Axial principle:	Traditionalism: Land/resource limitation	Economic growth: State or private control of investment decisions	Centrality of and codification of theoretical knowledge	

FIGURE 1.1 – General Scheme of Social Change (Bell, 1976, p. 117)

Nous relevons dans ce tableau plusieurs éléments saillants dans cette analyse très générale que propose Bell. Intéressons-nous tout d'abord à la ligne consacrée aux technologies (4^{ème} ligne). Bell fait correspondre aux différentes périodes une catégorie de technologies : « matières premières » (« *raw materials* ») pour la société pré-industrielle, « énergie » pour la société industrielle, et « information » pour la société post-industrielle. Il nous semble assez étonnant de considérer les matières premières, l'énergie, et l'information comme constituant des « technologies », et nous préférons les considérer comme des ressources. Ceci étant

dit, nous soulignons cette proposition de Bell de considérer l'information comme étant une ressource première dans la société post-industrielle – ou *a minima* équivalente à la position de l'énergie dans la société industrielle. Sur la ligne suivante, intitulée « *Design* », que nous pourrions traduire, en suivant Bouchez (2004), par « *projet* », nous relevons la poursuite logique de la centralité de l'information dans la société post-industrielle. En effet, on passe d'un « jeu contre la nature », à un « jeu contre la *fabricated nature* »¹, pour terminer par un « jeu entre les personnes ». Nous avons donc ici le pendant communicationnel de la mutation informationnelle des ressources du modèle post-industriel. Bell ajoute : « [...] *the “design” of a post-industrial society is a “game between persons” in which an “intellectual technology”, based on information, rises alongside of machine technology.* »² (Bell, 1976, p. 116). Nous soulignons le parallèle établi entre le développement de technologies intellectuelles basées sur l'information, c'est-à-dire les TIC, celui des machines permettant ce traitement, et ce type de société post-industrielle auquel s'intéresse l'auteur.

La ligne suivante retient également toute notre attention. Ce que Bell propose de rassembler sous le terme de « méthodologie » procède du même mouvement que celui décrit dans les dimensions analytiques précédentes. Nous rapprochons cette ligne de la dernière du tableau, qui s'intéresse au « *Axial principle* », où l'on relève également une transition vers un modèle où le savoir théorique occupe une place centrale, et une codification importante³. Le déplacement qui est ici exposé se dirige vers une abstraction croissante, et décrit ce qui constitue la caractéristique principale de la catégorie des « *travailleurs du savoir* ». À ce sujet, Bell écrit : « *What is distinctive about the post-industrial society is the change in the character of knowledge itself. What has become decisive for the organization of decisions and the direction of change is the centrality of theoretical knowledge – the primacy of theory over empiricism and the codification of knowledge into abstract system of symbols that, as in any axiomatic system, can be used to illuminate many different and varied areas of experience.* »⁴ (Bell, 1976, p. 20)

Bell et Touraine, décrivant de façon concomitante ce changement profond qui opère dans les structures productives, souligneront cette caractéristique des sociétés qui sont les nôtres depuis maintenant un demi-siècle. S'il est aujourd'hui trivial de rappeler que les sociétés post-industrielles se caractérisent par un fort développement du secteur tertiaire, faisant suite aux sociétés pré-industrielles marquées par une forte activité dans le secteur primaire,

1. Expression que nous pourrions proposer de traduire par « un jeu contre l'environnement artefactuel ». (Bouchez (2004) propose le néologisme de « techno-nature » que nous ne souhaitons pas reprendre.

2. « *Le “projet” d'une société post-industrielle est un “jeu entre des personnes” dans lequel une “technologie intellectuelle”, basée sur l'information, se développe aux côtés de machines technologiques.* » (Notre trad.)

3. Nous reviendrons ultérieurement et de façon plus approfondie sur la question de la codification.

4. « *Ce qui distingue la société post-industrielle est le changement dans le caractère même de la connaissance. Ce qui est devenu décisif pour les logiques de décision et les orientations du changement résident dans la centralité du savoir théorique – la primauté de la théorie sur l'empirisme et la codification du savoir dans des systèmes abstraits de symboles, qui, comme dans tout système axiomatique, peuvent être utilisés pour éclairer des aspects divers et variés de différents champs d'expérience.* » (Notre trad.)

puis aux sociétés industrielles avec le secteur secondaire, peut-on en inférer pour autant l'émergence d'une catégorie conceptuelle portant sur tout ou partie de ces travailleurs ?

1.1.1.2 ROBERT REICH ET LES MANIPULATEURS DE SYMBOLES

Pour affiner la façon dont cette catégorie peut être qualifiée, d'autres usages du syntagme « travailleurs du savoir », datant de la fin du XX^e siècle, permettent de poursuivre cette réflexion. Alors que Bell insistait sur la primauté accordée aux savoirs dans l'activité, Robert Reich⁵ en souligne particulièrement la dimension symbolique dans un ouvrage paru en 1991 aux États-Unis (Reich, 1997). Dans cette monographie à visée prospective, l'auteur prédit trois grandes catégories de professions de l'avenir⁶ :

- les services de production courante ;
- les services personnels et de proximité ;
- les services des manipulateurs de symboles.

Les deux premières catégories identifiées par Reich regroupent un ensemble de caractéristiques, résidant dans la dimension routinière de l'activité, la codification des règles appliquées par les professionnels, les procédures standardisées qui cadrent l'action. La dernière catégorie implique en plus le contact direct avec les bénéficiaires des services. C'est la dernière catégorie qui nous intéresse ici de façon plus spécifique, celle des « *manipulateurs de symboles* ».

Chez Reich, les travailleurs du savoir relèvent donc de la catégorie des « manipulateurs de symboles ». Cette catégorie de professionnels se caractérise par la création ou la manipulation de représentations symboliques, ce qu'il instancie de façon plus précise en citant les activités de résolution, identification de problèmes, et de courtage stratégique. Les compétences correspondantes identifiées par Reich concernent en particulier les capacités à regrouper des ensembles d'éléments de manière nouvelle, et ainsi résoudre des problèmes ; d'accompagnement de clients en vue de formuler des besoins ou problèmes qui pourront par la suite être résolus ; ainsi que des compétences permettant de réaliser la jonction entre « résolveurs » et « identificateurs » de problèmes⁷. Reich propose donc, en insistant sur la dimension symbolique du travail produit par cette catégorie de professionnels, une partition intéressante des métiers qui étaient à venir dans les années quatre-vingt-dix, avec un choix d'analyse ne se limitant pas à la reproduction des grands secteurs traditionnels de l'économie productive.

5. Au moment de la publication de l'ouvrage en question, Robert Reich était secrétaire au Travail (*Department of Labour* sous la présidence de Bill Clinton. Il est actuellement professeur de Sciences Politiques (*Public Policy*) à l'Université de Californie à Berkeley.

6. « *The three jobs of the future* » dans la version originale.

7. C'est ce que Reich signifie lorsqu'il parle de « courtage stratégique ».

1.1.1.3 JEREMY RIFKIN ET LES MANIPULATEURS D'ABSTRACTIONS

Jeremy Rifkin, économiste américain, sera le dernier auteur dont nous présenterons les travaux pour poser les bases de la catégorie des « travailleurs du savoir ». Ici encore, nous ne cherchons pas à reprendre la totalité de la pensée de l'auteur – qui déborderait de façon importante du périmètre de notre travail – mais au contraire à extraire de l'œuvre certains éléments saillants dont nous discuterons l'intégration à notre problématique. Dans son ouvrage intitulé « *La fin du travail* » (Rifkin, 1997), l'auteur s'intéresse également à ceux que nous désignons sous le syntagme « travailleurs du savoir », et les qualifie de « *manipulateurs d'abstractions* ».

La contribution que nous retenons de l'approche de Rifkin par rapport aux travaux antérieurs que nous venons de présenter réside spécifiquement dans le lien qu'il établit entre le « travail du savoir » et les technologies de l'information :

« Les travailleurs du savoir sont un groupe hétéroclite, uni par sa capacité à utiliser l'informatique la plus moderne. Créateurs, pourvoyeurs du flot d'informations qui caractérise l'économie mondiale postindustrielle et post-tertiaire. On compte dans leurs rangs des chercheurs, des créateurs, des ingénieurs de conception, du génie civil, des conseillers en besoins logiciels, des spécialistes des relations publiques, des juristes, des banquiers spécialistes en investissement, des consultants en gestion, des consultants financiers et fiscaux, des architectes, des planificateurs en stratégies d'entreprise, des spécialistes du marketing, des producteurs et des monteurs de films, des directeurs artistiques, des éditeurs, des auteurs, des rédacteurs, des journalistes, etc. »

(Rifkin, 1997, p. 239) (Cité par Bourdin *et al.* (2010))

C'est donc le lien avec les technologies de l'information, déjà relevé par Bourdin *et al.* (2010), qui nous intéresse ici. Pour Rifkin, il s'agit d'un critère particulièrement important. Outre cet aspect avant-gardiste lié à l'utilisation des technologies informatiques, le propos de Rifkin est également teinté d'une conviction, assimilant cette catégorie de professionnels à une élite, à une « *nouvelle aristocratie* ».

Il nous semble nécessaire de nuancer les éléments que nous avons extraits des travaux de Rifkin. En effet, comme le remarquent Bourdin *et al.* (2010) :

« Il ne faut cependant pas confondre travailleur du savoir et travailleur high-tech. Si on ne peut réduire les travailleurs du savoir à la sphère marchande, il semble également trop rapide d'invoquer pour cette catégorie un rapport systématiquement privilégié à la technologie au risque d'écarter le psychologue ou le professeur des écoles. » p. 3

Les éléments proposés par Rifkin pour qualifier la catégorie qui nous intéresse ici nous permettent de souligner une nouvelle fois la référence faite aux technologies de l'information et de la communication. Il est également important de noter que la date de publication de son ouvrage, ainsi que sa dimension prospective, peut expliquer l'insistance de l'auteur sur les promesses des technologies informatiques, les dernières années du XX^e siècle ayant été fortement marquées par un engouement exponentiel pour ces technologies⁸.

8. Nous faisons ici référence à l'euphorie relative aux « nouvelles » technologies de l'information et de la communication, et en partie le fort développement du réseau Internet dans le grand public, dans les années 1995-2000, que l'on nomme aussi « bulle internet ».

SYNTHÈSE

Il convient désormais de procéder à une synthèse des éléments que nous venons de présenter. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons souhaité mettre en perspective ces différents auteurs, qui servent généralement de référence lorsque l'on évoque la catégorie des travailleurs du savoir ou son émergence. Cependant, notre travail ne visant pas à contribuer à une sociologie générale des professions, il est nécessaire de resserrer la focale afin de déterminer quels seront les éléments que nous garderons dans la construction de notre problématique, à savoir :

- la centralité des savoirs professionnels mobilisés dans l'activité ;
- la traduction de la notion de savoirs ou de connaissances dans celle d'*information* ;
- un rapport important aux technologies, et en particulier les technologies de l'information et de la communication.

Le premier point que nous relevons se passe de commentaires ou d'explicitation supplémentaire, puisqu'il constitue l'essence de la catégorie dont il est question. Nous souhaitons par contre revenir brièvement sur les deux autres points.

L'emploi de la notion d'*information*, dans la littérature consacrée au travail du savoir, nous paraît soulever de nombreuses questions, qui mériteraient un examen attentif. Tout d'abord, nous regrettons que cette notion d'*information* – qui apparaît tantôt pour faire référence à des *données* qui seraient traitées par des systèmes techniques, tantôt comme des *connaissances* – ne soit pas plus rigoureusement conceptualisée. Par ailleurs, les termes de *symboles* ou d'*abstractions*, et leur manipulation effectuée par les travailleurs du savoir, sont caractéristiques des pratiques professionnelles chez les auteurs mobilisés. Pourtant ces éléments ne nous semblent pas davantage élaborés conceptuellement, ce qui ne pose pas particulièrement de problèmes dans les écrits originaux où nous les avons rencontrés, mais qui requiert des précisions dans le cadre d'un travail en sciences de l'information et de la communication.

Le dernier point que nous avons retenu concerne le lien ténu entre les travailleurs du savoir et l'usage de technologies, en particulier celles que nous désignons aujourd'hui par le terme « TIC ». Cette relation nous paraît pertinente mais non suffisante pour qualifier la catégorie qui nous intéresse. Tout d'abord, comme le relèvent Bourdin *et al.* (2010), il ne faut pas confondre travailleur du savoir et travailleur « high-tech », au risque d'exclure une partie des professions qui nous intéressent ici. Par ailleurs, les TIC étant aujourd'hui de plus en plus présentes dans des professions très variées, mais aussi dans le quotidien de chacun, cette dimension apparaît certes nécessaire mais non suffisante pour qualifier de façon pertinente quelque catégorie que ce soit.

1.1.2 LE PROGRAMME SoCoTSaRa

Alors que nous venons d'exposer la façon dont un ensemble d'auteurs a pu saisir l'émergence de la catégorie des « travailleurs du savoir » dans leurs propres problématiques, il nous incombe désormais de situer davantage le propos dans le cadre de notre travail doctoral, mais également dans celui des différents programmes de recherche auxquels ce dernier est relié. Comme nous l'avons déjà énoncé, le programme TechnoRam se situe dans le prolongement du programme SoCoTSaRa, dont il convient désormais de préciser les contours et les enjeux.

L'acronyme SoCoTSaRa se décline de la façon suivante : « Société de la Connaissance, Travailleurs du Savoir, Rationalisation ». Le programme en question a été lauréat d'un appel à projets ouvert (APO) de l'Institut des Sciences de la Communication du CNRS (ISCC) en 2009-2010. SoCoTSaRa proposait donc de questionner cette catégorie émergente de professionnels, dans le contexte du développement de la « société de la connaissance ». Ce qui nous intéresse particulièrement ici, dans la suite que nous tentons de donner à ce programme de recherches, c'est l'inscription d'un prisme analytique particulier, qui est celui de la question de la *rationalisation*.

En effet, l'ambition de ce travail n'est pas de dresser un état des lieux exhaustif et statique d'un cas particulier – celui des médecins – pris dans une catégorie – celle des « travailleurs du savoir » – mais au contraire de faire travailler l'émergence de cette catégorie au regard de dynamiques organisationnelles spécifiques. En cela, SoCoTSaRa pose les bases d'un questionnement très large que nous entendons prolonger et instancier dans l'étude d'un cas particulier.

Le programme SoCoTSaRa, tel qu'il a été proposé en 2009, comportait trois objectifs dont la dimension exploratoire a été soulignée par les porteurs de projet :

- Il s'agissait tout d'abord de reprendre la catégorie des travailleurs du savoir en vue de l'actualiser, de la préciser, pour affiner la définition.
- Le second axe proposé concernait la constitution d'un collectif interdisciplinaire de chercheurs, en proposant une entrée commune à partir de la catégorie « profession », qui constitue un point d'accroche pouvant être partagé par les différentes disciplines conviées.
- Enfin le troisième objectif consistait en l'introduction de la problématique de la rationalisation, et précisait qu'il s'agissait d'identifier ces processus et les redistributions relatives à cette dynamique.

La réflexion proposée par le programme SoCoTSaRa peut se résumer de la façon suivante : si l'on admet l'émergence de la catégorie des « travailleurs du savoir » dans le contexte du

développement de la « société de la connaissance », et que nous y couplons une réflexion portant sur le mouvement historique de rationalisation des organisations productives, il convient d'interroger la façon dont ces dynamiques de rationalisation vont se prolonger et se manifester au sein des activités informationnelles et communicationnelles, qui tendent à devenir centrales dans les organisations contemporaines.

À partir de cette première formulation de la problématique générale de SoCoTSaRa, procédons à quelques précisions. Il convient tout d'abord de souligner une dimension spécifique de la construction de la problématique, qui pourrait sembler contre intuitive. Nous avons évoqué précédemment les grands secteurs de l'économie productive et la façon dont ils étaient analysés à la fin du XX^e siècle – et ce qui les différenciait de la catégorie des travailleurs du savoir au sein de l'activité elle-même – et il aurait été trivial de préciser que les secteurs concernant la production de biens et de services ont fait l'objet de profonds phénomènes de rationalisation, qui ont transformé de façon radicale les savoir-faire et les métiers. Pourtant, et c'est précisément l'objet de SoCoTSaRa, les activités professionnelles dont l'objet central réside dans la production et la transmission de savoirs font de plus en plus l'objet d'une industrialisation. Ces mutations associent un développement important de la division du travail se manifestant sous la forme de procéduralisation et de sous-traitance (Hémont, 2011), l'identification de processus spécifiques dont l'efficacité est considérée comme optimale en vue d'un objectif à atteindre, et des dispositifs permettant de mesurer et évaluer les résultats en vue de leur amélioration. Il résulte de ce constat deux grands axes problématiques.

Tout d'abord, c'est l'identification de processus qui retiendra notre attention. Comme le soulignent les porteurs de projet, la phase de formalisation des processus – leur « mise à plat » – constitue une occasion d'arbitrage entre deux grandes catégories de connaissances. D'une part, celles qui relèvent du standard, c'est-à-dire les savoirs stabilisés, externalisables, dont la formalisation pose peu de questions au sein de la communauté de pratiques en question; et d'autre part les savoirs qui s'apparentent au « cœur de métier », souvent problématisés en tant que « savoirs tacites » (Bouillon, 2013, Polanyi, 1967). D'un point de vue méthodologique, il n'est pas toujours aisé de pouvoir étudier la construction de ces processus. Cependant, il sera nécessaire de garder à l'esprit cette question lors de l'étude de ces méthodes stabilisées en apparence, mais contenant des résultats d'arbitrages, forcément temporaires et sujets à des ajustements permanents.

Le second axe problématique présent dans le projet SoCoTSaRa se rapporte à une autre dimension contre intuitive des phénomènes de rationalisation touchant les activités professionnelles des travailleurs du savoir. Il s'agit ici de la question de l'incertitude. Lorsque l'on ne peut que considérer les activités de production et de transmission de savoirs, il peut paraître trivial de souligner leur dimension incertaine. Les porteurs du projet SoCoTSaRa

qualifient cette dimension comme relevant d'une « double incertitude radicale », inhérente à l'activité elle-même. La première incertitude concerne l'impossibilité de connaître le résultat de l'activité, cette incertitude constituant la raison même de la mise en œuvre de l'activité. Une activité de recherche, par exemple, ne peut disposer d'un résultat attendu *a priori*. La seconde incertitude que relèvent les porteurs de projet se rapporte à la dimension relationnelle des activités en question. Nous soulignons déjà dans la sous-section précédente cette caractéristique forte de la catégorie des travailleurs du savoir, qui concerne les activités informationnelles et communicationnelles, de manipulation de symboles ou d'abstractions, qui pose ici de nouvelles questions lorsque nous y adjoignons un questionnement portant sur les dynamiques de rationalisation. En effet, cette dimension relationnelle de l'activité signifie que le travail comporte principalement des échanges, de la coordination et de l'élaboration, des processus d'interprétation, c'est-à-dire des activités intrinsèquement incertaines.

Certaines dimensions de cette problématique ont déjà été traitées et développées dans ces termes, en particulier par des chercheurs concernés par ce programme de recherches. On relève en particulier des phénomènes tels que l'automatisation de la circulation et du traitement des informations, la codification accrue des savoirs et savoir-faire, et la formalisation des situations de travail collectives (de Terssac *et al.*, 2007). Outre les aspects centraux que revêtent les activités informationnelles et communicationnelles constituant les spécificités professionnelles en question, la problématique globale porte plus largement sur la tension impliquée par de telles dynamiques de rationalisation lorsqu'elles s'appliquent à ce type d'activités professionnelles.

1.1.3 DES TRAVAILLEURS DU SAVOIR AUX PROFESSIONS À PRATIQUE PRUDENTIELLE

Après avoir commencé à expliciter le cadre collectif de la recherche dans laquelle ce travail s'inscrit, nous souhaitons préciser la façon dont nous nous saisissons de la question des « travailleurs du savoir » dans la suite de ce travail. Un des pré-requis à la robustesse de la construction que nous entamons ici concerne la façon dont nous souhaitons qualifier les pratiques professionnelles des médecins hospitaliers.

Il nous semble désormais nécessaire de discuter les éléments que nous avons extraits de notre rapide parcours de la littérature concernant les travailleurs du savoir, et de les mettre en discussion avec les éléments qui ont été discutés lors des différentes sessions de travail autour du programme SoCoTSaRa. Nous avons déjà relevé comme étant caractéristiques des travailleurs du savoir la centralité des savoirs mobilisés dans l'activité, la mobilisation de la notion d'*information* pour désigner ces savoirs, ainsi qu'un rapport privilégié aux technologies. D'un point de vue plus analytique, tel que cela avait été présenté dans le projet TechnoRam, on peut envisager de classer en deux grands ensembles les travaux qui portent sur cette catégorie de professionnels :

- un premier ensemble, qui contient principalement les travaux que nous avons cités précédemment, dans le premier développement sur l'émergence de la catégorie des travailleurs du savoir (1.1.1). Ceux-ci s'attachent à définir la catégorie et sa place dans la « société de la connaissance » (Bell, 1976, Reich, 1997, Rifkin, 1997, Bouchez, 2004). Visant à rendre compte de tendances générales, ces travaux présentent les spécificités des travailleurs du savoir dans la société et l'économie contemporaine comme étant représentatifs d'une rupture par rapport à des formes de travail antérieures, associées à la société industrielle;
- un second ensemble de travaux traite des transformations des activités professionnelles en lien avec les nouveaux modèles d'organisation et les technologies qui les équipent. La problématique de la rationalisation peut-être explicitée ou peut constituer une toile de fond des travaux (Bouillon, 2005; 2009; 2013, de Terssac *et al.*, 2007, Champy, 2006; 2012, Mayère et Roux, 2009, Bourdin *et al.*, 2010). Ces travaux privilégient une entrée plus locale, concernant les acteurs, une catégorie d'acteurs, une organisation. Ils mettent en évidence la façon dont les activités professionnelles des travailleurs du savoir font l'objet de formes de rationalisation croissantes, prolongeant la rationalisation des activités industrielles. Les activités de production et de transmission de connaissances se trouvent en effet prises dans des logiques organisationnelles marquées par l'extension du champ de la rationalité en finalité (Weber, 2003, Lallement, 2004), c'est-à-dire par la recherche d'un accroissement de

l'optimisation du rapport entre moyens engagés, temps nécessaire et résultat. Mais la rationalisation croissante des activités des travailleurs du savoir entre en tension, voire en contradiction, avec l'incertitude du processus et l'imprévisibilité du résultat qui caractérise leur dimension créative.

Le parti pris que nous avons retenu dans ce travail est de nous inscrire dans la dynamique du second ensemble d'auteurs. En effet, la richesse des enjeux soulevés par ces travaux ouvre des perspectives de recherche particulièrement stimulantes. Par ailleurs, notre ancrage disciplinaire privilégie une focalisation sur les pratiques situées des acteurs, et la participation de ces pratiques à la production de l'organisation. Pour autant, notre propos n'est pas de consacrer ce travail à la définition d'une catégorie aussi large que celle des travailleurs du savoir, mais de participer à son développement, en nous attachant à décrire les mutations à l'œuvre chez les médecins hospitaliers. Pour ce faire, et dans le prolongement des travaux entrepris dans le cadre du programme SoCoTSaRa, nous avons choisi d'intégrer à notre problématique la catégorie des professions à pratique prudentielle.

L'intégration de cette catégorie à notre problématique est directement liée au programme SoCoTSaRa. En effet, le séminaire co-organisé – avec la Maison des Sciences de l'Homme et de la Société de Toulouse – dans le cadre de ce programme de recherche, en décembre 2010, faisait intervenir Florent Champy, qui y a présenté la première édition de son travail portant sur la sociologie des professions (Champy, 2012)⁹. La portée générale de l'ouvrage, qui se présente comme un manuel, consiste en une invitation à l'articulation des deux grands ensembles de travaux principaux considérés par l'auteur : le courant fonctionnaliste anglo-saxon, et le courant interactionniste. En explicitant la façon dont chacune de ces deux approches conduit à des problèmes théoriques indépassables dans le cadre de la sociologie des professions – la naturalisation de la notion de profession par le courant fonctionnaliste, et un morcellement des analyses interactionnistes qui détruisent l'objet que constitue la profession – Florent Champy propose la construction d'un nouvel objet permettant l'articulation des deux approches.

La richesse analytique de la catégorie construite par l'auteur réside dans l'approche que nous pourrions qualifier de « latérale » qui y est entreprise. S'intéresser aux savoirs et aux pratiques mobilisés et mis en œuvre par les professionnels, pour en faire un prisme analytique transversal à différentes professions, permet de dépasser les différentes limites identifiées. Hormis ces implications théoriques touchant principalement la sociologie des professions, cette catégorie nous paraît à la fois être compatible avec la catégorie des travailleurs du savoir, telle que nous avons commencé à la qualifier dans cette section – bien que cela ne soit pas

9. Nous nous référons dans ce travail à la seconde édition datant de 2012, alors que la première, chez le même éditeur, est datée de 2009.

mentionné explicitement par l'auteur – mais également en constituer un ensemble spécifique, permettant de se rapprocher de façon plus fine des professions médicales.

La proposition de F. Champy réside dans la construction d'une catégorie de professionnels, à partir des savoirs et pratiques qu'ils mobilisent, qu'il élabore autour de la notion aristotélicienne de *prudence*¹⁰. En prenant la suite des travaux d'autres auteurs en sociologie des professions (Schön, Abbott et Freidson), Champy y identifie une convergence dans un ensemble de spécificités professionnelles relevant de : « *réflexivité dans le travail, d'écart par rapport à une pratique formalisable et purement technique, de singularité des cas traités, d'imprévisibilité dans le travail, de tâtonnements voire de bricolage, etc.* » (Champy, 2012, p. 80). L'auteur développe par la suite de quelle manière la notion de *prudence* telle que définie par Aristote (2007) et analysée par Aubenque (2014) peut permettre de porter un regard renouvelé en sociologie des professions sur les spécificités des savoirs et des pratiques que nous venons de citer, pour définir la catégorie des professions à pratique prudentielle, dont la médecine est une figure emblématique.

Nous reviendrons de façon beaucoup plus détaillée sur cette notion ultérieurement, mais nous relevons cependant pour le moment la pertinence de cette catégorie pour prolonger le questionnement initié dans le cadre du programme SoCoTSaRa, portant sur les travailleurs du savoir, et qui se prolonge dans le programme TechnoRam, portant principalement dans notre travail sur la catégorie des médecins hospitaliers. En effet, alors que nous relevions précédemment l'ensemble des critères retenus pour qualifier la catégorie des travailleurs du savoir, il nous semble que ces derniers conviennent tout à fait pour une première approche descriptive, mais que ces éléments peuvent nous amener à différents écueils. L'un d'entre eux consiste en une description qui ne serait pas suffisamment précise des spécificités de la profession qui nous intéresse. À l'inverse, la catégorie des professions à pratique prudentielle construite par Champy, outre le fait de ne pas être incompatible avec la portée générale de celle des travailleurs du savoir, nous permet de relever des éléments saillants qui aident à orienter notre réflexion. La singularité des cas auxquels les professionnels sont confrontés, les situations complexes, la dimension conjecturale des décisions, l'irréductible incertitude marquant l'activité, sont autant d'éléments qualifiant les professions à pratique prudentielle qui permettent de caractériser avec une acuité remarquable la profession de médecin.

10. La notion de *prudence* (ou *phronesis*) chez Aristote désigne une vertu intellectuelle pratique. Cette notion est principalement développée dans l'Éthique à Nicomaque, livre VI (Aristote, 2007). Nous y consacrons un développement détaillé au chapitre 4.

1.2 RATIONALISATION DES ORGANISATIONS HOSPITALIÈRES

Pour avancer dans la construction de notre problématique, il est désormais nécessaire d'opérer un léger déplacement. En effet, alors que nous venons de retenir l'entrée par les savoirs et les pratiques pour expliciter les spécificités professionnelles de la catégorie des médecins hospitaliers, il convient d'interroger l'inscription de ces savoirs et pratiques dans un contexte plus large, qui est celui des organisations hospitalières, elles-mêmes impliquées dans des dynamiques dont la portée est bien plus importante, à savoir les politiques publiques de santé. Cette nécessité tient à deux dimensions importantes de notre travail doctoral. La première de ces dimensions réside dans la question de la rationalisation, dont la problématisation suppose une approche qui ne peut se résumer au seul niveau des interactions et des pratiques professionnelles. La seconde dimension est liée à notre discipline, et au cadre méthodologique et analytique dans lequel nous nous inscrivons, celui des approches communicationnelles des organisations, qui propose une démarche articulant des niveaux d'observation différents, afin de saisir les dynamiques organisationnelles. Les savoirs et les pratiques professionnelles étant inscrites dans ces dynamiques, nous devons nous attacher à les décrire et les comprendre pour être en mesure de suivre les dynamiques organisationnelles dans ces savoirs et ces pratiques.

Comprendre les rationalisations des organisations hospitalières pour y déployer une analyse propre aux pratiques professionnelles des médecins hospitaliers suppose d'accorder une attention particulière aux textes qui participent à la production des pratiques. Le premier point que nous traiterons portera donc sur les réformes des politiques publiques de santé, de façon très synthétique, sans viser l'exhaustivité – inaccessible pour les non-spécialistes du droit de la santé – ce point n'étant pas central dans notre travail. À partir de bornes temporelles comportant une nécessaire part d'arbitraire, nous tenterons une description sommaire des logiques présidant aux nouvelles orientations des établissements publics de santé. Bien que ces éléments soient tout à fait essentiels pour comprendre le contexte des situations professionnelles qui nous intéressent, il est nécessaire de poursuivre ce travail de mise en perspective de notre problématique par un resserrement de focale sur l'essentiel de nos préoccupations, à savoir les *pratiques*. En effet, comprendre les logiques générales des politiques publiques de santé permet de saisir la dynamique globale de rationalisation qui nous occupe, mais une des spécificités de notre travail nous invite à nous rapprocher davantage des acteurs. C'est pour cette raison que le second point que nous traiterons dans cette section sera consacré à l'instanciation de ces logiques de rationalisation dans des mesures très concrètes visant à modifier les pratiques médicales, c'est-à-dire l'activité des médecins hospitaliers. Il sera nécessaire de passer par une explicitation rapide des discours portant sur « l'amélioration de la qualité des soins » et ce qu'ils impliquent dans les pratiques. Nous chercherons donc à présenter les dispositifs de « recommandations de bonnes pratiques » à l'aide de travaux récents

et moins récents en sciences sociales, et à caractériser leur inscription dans les politiques publiques du point précédent, c'est à dire les volets relevant de la « qualité des soins ». Une fois ces éléments présentés, il sera nécessaire de procéder à un premier point d'étape dans notre problématisation, qui consistera en une clarification terminologique et théorique, en sciences de l'information et de la communication, et plus spécifiquement en communication organisationnelle. Cette clarification nous mènera à une première formulation des objets de notre recherche, de notre problématique, afin de terminer cette seconde section.

1.2.1 DES RÉFORMES DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ AUX RECOMPOSITIONS ORGANISATIONNELLES ASSOCIÉES

Ce travail doctoral a débuté en octobre 2011. Alors que notre attention se porte sur les textes visant à cadrer les pratiques qui sont l'objet de notre travail, il est nécessaire d'exposer les repères temporels à partir desquels nous avons organisé notre investigation, au regard des différents dispositifs législatifs qui constituent ce cadrage. Afin de déployer la toile de fond législative et institutionnelle de ce travail, nous avons identifié deux repères temporels spécifiques, qui ne constituent pas des « bornes » à proprement parler, mais davantage des points de référence structurants dans les politiques publiques de santé concernant notre terrain : la loi « Hôpital, patient, santé, territoires » (HPST) de 2009, et la fin du second « Plan cancer » en février 2014. C'est donc au contexte de la période de notre enquête que nous proposons d'apporter un court développement, qui nous permettra de situer et qualifier par la suite les dynamiques de rationalisation à l'œuvre dans les organisations hospitalières, et de déterminer quelles sont les institutions, les règlements, les textes, qui sont les plus pertinents pour questionner les pratiques médicales. Nous laisserons donc délibérément de côté une grande partie de ce qui constitue les politiques publiques de santé pour ne conserver que les éléments qui nous paraissent agir dans les pratiques professionnelles des médecins hospitaliers.

Il est nécessaire d'explicitier le choix de la loi HPST comme premier repère, puisque prendre celui du début de notre travail de thèse n'était pas suffisamment rigoureux. Cela aurait occulté une généalogie des dynamiques de rationalisation des organisations hospitalières qui, selon nous, offre des clés de compréhension dont la pertinence dans la construction de l'objet de notre recherche est indéniable. Nous considérons donc à partir de notre lecture de Pierru (2012) que la loi dite « Hôpital, patient, santé, territoires », promulguée le 21 juillet 2009 marque un tournant des politiques hospitalières. Pour autant, l'analyse de Frédéric Pierru¹¹ ne s'en tient pas à la promulgation de loi, mais propose d'en étudier les logiques afin d'explicitier plus largement les dynamiques administratives de réforme de l'État, dont le premier élément marquant remonte à l'adoption de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) en 2001, suivie par la mise en place de la tarification à l'activité (« T2A ») en 2003¹².

L'objectif de « réforme de l'État » qui accompagne ces différents dispositifs législatifs est marqué par le contexte de la « révision générale des politiques publiques » (RGPP), lancée en

11. Frédéric Pierru est sociologue au CNRS, et travaille sur les réformes des administrations de l'État et les professions de santé.

12. Il convient également d'ajouter à cet ensemble de textes réglementaires la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, qui a en particulier donné naissance à une nouvelle autorité administrative indépendante : la Haute Autorité de Santé (HAS).

France peu après l'élection de Nicolas Sarkozy à la présidence de la République en 2007. Dans l'analyse de Frédéric Pierru, le lancement de la RGPP accélère des dynamiques de rationalisation déjà amorcées depuis le début des années 1990, qui se traduisent principalement par une « gestionnarisation » selon des modalités industrielles de l'organisation hospitalière, que l'on retrouve à différents niveaux. La réforme HPST, en particulier, porte une nouveauté importante. Elle supprime la notion de « service public hospitalier », initialement introduite par la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970¹³. Cette notion disparaissant du texte de la loi HPST, elle est désormais décomposée par quatorze missions de service public, pouvant être confiées à des établissements publics ou privés, par le biais d'une contractualisation pour le cas des établissements privés. Outre ces éléments d'analyse, d'un point de vue global, la loi HPST vient poursuivre la réforme profonde de rationalisation et de réduction des coûts engagée avec le plan Hôpital 2007, où l'accent avait déjà été mis sur deux axes, l'un managérial portant sur la gouvernance et les modes de financement des hôpitaux d'une part, et un second portant sur la modernisation du système de santé en visant ses dimensions structurelles (immobilier, équipements), la territorialisation de l'offre de soins, et l'accompagnement des politiques publiques de santé d'autre part (Marrast, 2010, p. 23).

La loi HPST a par la suite procédé à des ajustements à l'aide de nouvelles dispositions. D'un point de vue global, cette loi poursuit effectivement les axes du plan Hôpital 2007, en particulier concernant la question de la gouvernance des établissements hospitaliers, qui constitue un pan majeur de ce nouveau texte; et la coordination territoriale des acteurs du système de santé au niveau régional, avec la constitution des Agences Régionales de Santé (ARS) comme « *agences de "pilotage" de la politique régionale de santé directement soumises aux autorités politiques* » (Pierru, 2012, p. 43). Le contenu même de ces textes, et les objectifs visés par leurs dispositions sont généralement tendus vers des éléments de justification qui relèvent de la recherche de « l'efficacité » et de la maîtrise des ressources (Mayère, 2013).

La montée en puissance de ce type de logiques n'est ni spécifique à la loi HPST, ni au cas français, comme l'évoque A. Mayère : « *les réformes successives impulsées par divers gouvernements occidentaux ont pour point commun de viser une "performance accrue" des systèmes de santé* » (*Ibid.*, p. 100). Ce nouveau dispositif législatif marque cependant un nouveau moment du développement des logiques gestionnaires dans le secteur public (Boussard, 2008, Ogien, 2009). Nous ne détaillerons pas précisément dans ce chapitre ce que recouvrent ces logiques

13. La notion de service public hospitalier y était définie de la façon suivante : « *Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel. De plus, le service public hospitalier : Concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical; Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée; Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire. Concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente. Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.* »

gestionnaires – il serait alors nécessaire de procéder à de longues précisions terminologiques au sujet des termes de « performance », « efficacité », « efficience » dont l'explicitation n'est pas essentielle à la poursuite de notre propos. Cependant, nous pouvons poser de façon synthétique à ce stade de notre exposé que de nombreuses dispositions de la loi HPST poursuivent un mouvement d'importation de méthodes et outils en provenance du secteur privé marquées par ces logiques de gestion (Mayère, 2013, Boussard, 2008, Ogien, 2009, Pierru, 2012).

Les différents rapports¹⁴ ayant servi de base à la rédaction de la loi HPST placent au cœur de leurs préoccupations « *la recherche de la performance et de l'efficience hospitalières* », supposée passer par « *l'optimisation de la qualité, des coûts et de l'organisation* » (IGAS-IGF, 2007, p. 3). C'est ici que l'articulation de notre problématique prend place. C'est précisément cette volonté affichée d'agir sur la qualité des soins qui va constituer le lien qui nous permet de passer des *politiques publiques* aux *pratiques professionnelles*. Alors que nous ne rentrons pas dans le détail de façon approfondie concernant les termes de « performance », d'« efficacité », et d'« efficience », il est toutefois nécessaire de nous intéresser de façon un peu plus précise à la question de la « qualité ».

Dans un article de 2009 publié dans le n°76 de *Sciences de la Société* dont le dossier portait sur la rationalisation des organisations hospitalières (Bonneville *et al.*, 2009), A. Ogien propose une analyse du terme « qualité » dans une démarche proche de celle dans laquelle nous nous inscrivons (Ogien, 2009), et dont l'intégration dans notre propre travail nous paraît tout à fait pertinente. Avant de s'intéresser spécifiquement à cette notion et à ce que son usage implique dans le secteur de la santé, l'auteur souligne tout d'abord la dualité intrinsèque et paradoxale des usages du terme, pouvant à la fois renvoyer à « *une évaluation exprimant une mesure* » (quelque chose de bonne ou de mauvaise qualité), mais également à « *une propriété qui échappe à toute mesure* » (l'auteur fait ici référence à l'opposition qualitatif / quantitatif) (Ogien, 2009, p. 46). Cette dimension paradoxale illustre parfaitement la tension qui résulte de l'usage de ce terme dans le domaine de la santé, pour A. Ogien. Il construit à partir de cette tension deux catégories analytiques qui permettent d'envisager la qualité selon deux conceptions de l'activité médicale : « *la première la tient pour une pratique clinique reposant sur une relation directe au patient; la seconde, pour une technique de soin dont l'efficacité se mesure à son résultat* » (Ogien, 2009, p. 46). Il s'agit en fait pour l'auteur de souligner que le terme de « qualité » va revêtir des acceptions différentes selon qu'il est employé dans le contexte des *pratiques professionnelles* – ici la *pratique clinique* – et dans celui des *politiques publiques*. Pour reprendre les termes d'A. Ogien, dans le premier cas, la qualité relève de l'« *impératif moral* », dans le second cas, il s'agit d'un « *instrument de gestion* ».

14. Nous avons principalement consulté le rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales - Inspection Générale des Finances de 2007 (IGAS-IGF, 2007) et le rapport Larcher de 2008 (Larcher, 2008).

Outre cette distinction qui nous paraît particulièrement heuristique, l'auteur axe son propos global sur la question de la *quantification*. Cette problématique, celle de la quantification de l'activité médicale, pose de nombreuses questions. Bien que cette question ne soit pas au cœur de nos préoccupations, elle se situe pourtant à l'articulation que nous sommes en train d'opérer dans le cadre de la construction de notre problématique. A. Ogien pose la question de la façon suivante, si l'on se replace dans la logique du législateur : « *comment produire une mesure objective du déroulement optimal de l'activité médicale?* » (Ogien, 2009, p. 47). La façon dont sont construites les notions de « performance » et d'« efficience » du système de santé, dans les rapports IGAS-IGF et Larcher, proposent un élément de réponse à ces questions, si l'on prête attention à la dimension cruciale que revêt la construction des indicateurs de performance et de qualité que l'on peut y trouver. Il s'agit de ce type d'éléments auxquels Ogien fait référence lorsqu'il conclut son article en évoquant « *l'accroissement de l'emprise de la quantification sur l'univers des pratiques hospitalières* » (Ogien, 2009, p. 49). Sans pour autant adopter de posture analytique où l'on tenterait d'évaluer l'« impact » d'une pratique gestionnaire sur un ensemble de pratiques, nous retenons cependant la tension que l'on peut difficilement ignorer entre ces différentes façons de conceptualiser la « qualité », et l'ampleur des implications potentielles de cette double acception. Il s'agit donc maintenant de poursuivre le développement de notre problématique en nous interrogeant sur la façon dont ces indicateurs et cette dynamique globale de quantification de l'activité agissent *dans* le domaine des pratiques professionnelles des médecins hospitaliers.

1.2.2 QUESTIONNER LES RATIONALISATIONS ORGANISATIONNELLES PAR LES SAVOIRS ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Après ce premier volet de contextualisation permettant de comprendre dans quelles grandes logiques législatives s'opèrent les dynamiques de rationalisation que nous cherchons à problématiser, il est désormais nécessaire de revenir plus en détail sur l'évolution des dispositifs législatifs concernant les organisations hospitalières pour opérer à un resserrement de focale sur la question des pratiques professionnelles. En effet, comme nous l'avons argumenté dans la première section de ce chapitre, il s'agit de suivre l'invitation de F. Champy à se focaliser sur les savoirs et pratiques professionnels. Cette façon de procéder nous permet de porter notre attention sur la dimension prudentielle de l'activité des médecins hospitaliers, et de produire ainsi une problématique tenant compte de toutes ces questions afférentes. Pour cela, nous avons commencé par initier l'interrogation de la notion de « qualité », telle qu'elle est mobilisée dans le contexte réglementaire et ses réformes récentes. Ce point nous intéresse tout particulièrement puisque c'est à partir de celui-ci que nous pouvons articuler notre problématique, où l'on cherche à comprendre ce qui relève des *pratiques* des professionnels, dans un contexte de rationalisations organisationnelles. Une des singularités de l'approche dans laquelle nous nous inscrivons réside spécifiquement dans cette articulation bien précise : opérer ce point de jonction nous permet de mettre en regard des observables organisationnels distincts et distants, et nous ne pouvons effectuer ce lien qu'en suivant la piste de travail que constituent les volontés affichées d'amélioration de la qualité et de l'activité, et les dispositifs constitués en vue d'y parvenir.

Alors que les réformes du système de santé visent à combiner une maîtrise des coûts et de la qualité des soins, comment les dispositifs législatifs peuvent-ils accéder au domaine des pratiques médicales? Nous reconnaissons avec A. Mayère que : « *cette orientation des politiques publiques a également été équipée de tout un ensemble de méthodes et outils* » (Mayère, 2013, p. 100). Pour appuyer son propos, A. Mayère fait référence à la procédure de certification, et au manuel de certification édité par la Haute Autorité de Santé, qui sont des supports du processus d'évaluation de la qualité des prestations d'un établissement par une entité extérieure et indépendante. Ces éléments seraient intéressants à étudier dans l'hypothèse où nous travaillerions sur les pratiques de management au niveau d'un établissement de santé, par exemple. Comme notre attention se porte plus précisément sur les pratiques professionnelles des médecins, il est nécessaire de nous intéresser aux autres dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles et de certification de professionnels de santé, aux outils informatiques médicaux, aux processus spécifiques relevant de l'amélioration de la qualité des soins : en somme, l'ensemble des méthodes et outils qui équipent l'activité des professionnels. En effet, comme l'expose A. Mayère : « *tout un ensemble de normes, réglementations, protocoles [...] visent à conformer les pratiques à des standards, avec pour fondements d'une part les principes*

managériaux d'optimisation de processus et d'amélioration continue de la qualité, et d'autre part la médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine)» (Mayère, 2013, p. 100) ¹⁵.

Pour questionner cet ensemble de méthodes et outils, il convient une fois de plus de nous placer dans les repères temporels qui permettent de situer les dispositifs législatifs visant à améliorer la qualité des soins en s'appuyant sur les pratiques professionnelles. Nous retenons dans le cadre de l'exposé de notre problématique quatre éléments spécifiques : nous évoquerons en premier lieu la question des « recommandations de bonnes pratiques » (RBP) ; y succèdera une présentation des dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles inscrits dans la loi HPST ; puis nous présenterons succinctement une méthode d'amélioration de l'activité propre au traitement des cas de cancer ; nous terminerons en nous intéressant à l'outil informatique de dossier communicant de cancérologie.

15. Nous expliciterons en détail la notion d'*Evidence Based Medicine* dans la section suivante en précisant la façon dont nous nous en saisissons

1.2.2.1 LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

Les « recommandations de bonnes pratiques » – ou RBP – constituent un domaine d'étude qui a déjà fait l'objet de travaux en sociologie des professions et en sociologie de la santé, en particulier. Sans viser un état de la littérature exhaustif à ce stade, il nous importe néanmoins de nous référer à certains de ces textes. Précisons dans un premier temps la définition qui est attribuée à ce terme par les instances qui en assurent la production et la labellisation dans le système de santé français. Le site de la Haute Autorité de Santé stipule : « *Les “recommandations de bonne pratique” (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme “des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données”. Elles s’inscrivent dans un objectif d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.* »¹⁶. Nous avons donc bien affaire à des méthodes d'amélioration de l'activité, de rationalisation des pratiques médicales, et de réduction de sa diversité.

Une analyse de la littérature française et internationale récente portant sur les études de ces dispositifs en sciences sociales fait état de différents débats internes à la sociologie de la santé (Castel et Robelet, 2009). Ces débats sont relatifs à la question de l'autonomie des médecins (Freidson, 1984), à la déprofessionnalisation liée à la rationalisation (Ritzer et Walczak, 1988) ou à la stratification de la profession médicale (entre les producteurs et les usagers des recommandations). L'article de P. Castel et M. Robelet fait également apparaître la continuité historique dans laquelle s'inscrit le développement des RBP. Un de ces éléments retient notre attention : avant que la HAS soit créée et positionnée comme une entité à forte expertise scientifique, un type particulier de recommandations avait été mis en place dans le cadre de la convention médicale de 1993. Il s'agissait des « RMO » (Références Médicales Opposables) produites par l'ANDEM, qui deviendra l'ANAES puis la HAS, en lien avec les sociétés savantes médicales. Ces recommandations étaient un ensemble d'interdictions relatives à des pratiques médicales, assorties de sanctions financières (Castel et Robelet, 2009). Ces RMO, qui avaient un double objectif de régulation des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité n'ont pas réellement eu de caractère opposable, de par le faible usage qui en a été fait par les médecins¹⁷.

Dans un autre article, P. Castel et S. Delgalarrondo analysent une controverse portant de façon globale sur la rationalisation des pratiques médicales en oncologie pédiatrique, où il est également question des recommandations, construites par les auteurs dans un en-

16. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique [consulté le 15/08/2014]

17. Une note d'analyse du Centre d'Analyse Stratégique datant d'octobre 2012 (organisme d'analyse dépendant de Matignon, qui deviendra le Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective puis France Stratégie en 2014) explique ce phénomène par une perception de ces références comme étant « essentiellement dictées par des impératifs de réduction des coûts ». (France Stratégie, 2012)

semble de méthodes de normalisation participant du mouvement profond de rationalisation. Les auteurs mettent l'accent sur un changement essentiel apporté par les dynamiques de rationalisation qu'ils décrivent. Il s'agit d'une mutation de l'ancrage de la légitimité des pratiques professionnelles des médecins. Les processus de normalisation modifient pour les auteurs les relations de jugement à l'intérieur de la profession médicale et de légitimité des pratiques, passant d'un fondement traditionnel à un fondement rationnel-légal, ce dernier étant profondément inscrit dans un paradigme à statut scientifique fort : l'Evidence-Based Medicine. (Castel et Dalgarrondo, 2005). C'est également sur cette dimension de légitimité scientifique servant de support aux RBP que reviennent C. Rolland et F. Sicot. Ces auteurs, inscrits dans une autre perspective d'étude, nettement moins marquée par la question de la profession médicale, proposent une problématisation plus proche des travaux portant sur le *New Public Management* (Rolland et Sicot, 2012). Ces derniers développent dans leur analyse le mouvement de légitimation professionnelle par la science dans lequel s'inscrit le développement des RBP, en questionnant la façon dont ces instruments sont mobilisés dans des dynamiques étatiques de rationalisation.

En guise de synthèse, les RBP sont considérées tantôt comme outils d'aide à la décision ou comme outils d'encadrement des pratiques afin de réduire leur hétérogénéité selon les différents espaces organisationnels où sont produits les discours qui les évoquent¹⁸. Les travaux de sciences sociales qui traitent de cette question sont riches et proposent des problématiques variées, mettant l'accent sur les nouvelles méthodes de management public ou sur les évolutions à l'œuvre dans la profession médicale. Cette présentation est succincte pour les besoins de l'économie du présent document, et nous avons délibérément choisi de ne pas développer les éléments relatifs au paradigme de l'Evidence Based Medicine, qui seront traités dans la section suivante.

18. Cette double dimension provient également de la note d'analyse du Centre d'Analyse Stratégique (2012).

1.2.2.2 ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le second type de dispositif visant à équiper les pratiques des professionnels de santé qui nous intéresse dans ce travail est nommé « Évaluation des Pratiques Professionnelles » (EPP) et « Développement Professionnel Continu » (DPC). Ces dispositifs sont complémentaires et issus de différents textes officiels. L'EPP est introduite par le premier article du décret du 14 avril 2005 de la façon suivante : « [L'EPP] a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. ». Les médecins exerçant dans des établissements de santé sont légalement tenus à l'EPP, dont la périodicité est fixée à 5 ans, et dont le contenu et les modalités varient selon le type d'activité qu'ils exercent.

L'article 59 de la loi HPST instaure un nouveau dispositif, lui aussi obligatoire, faisant suite à l'EPP. Le « Développement Professionnel Continu » comprend également un volet d'évaluation des pratiques professionnelles, qui est associé à des actions de formation continue. Il est défini dans cet article de la façon suivante : « *Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.* ». La maîtrise d'ouvrage du dispositif DPC est assurée par une nouvelle entité, créée par la loi HPST : l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC), qui coordonne les différentes commissions scientifiques selon les professions médicales, paramédicales évaluant les programmes de formation, et les organismes qui mettent en oeuvre les actions de formation.

Ces dispositifs se présentent comme une stratégie cohérente orientée vers la volonté d'améliorer les indicateurs de qualité dans le système de santé, visant spécifiquement la modification des pratiques professionnelles de l'ensemble des soignants, et des médecins dans le cas qui nous occupe. Ces deux outils sont intégrés dans le processus de certification des établissements de santé, qui coordonnent le suivi de ces actions d'évaluation des pratiques et de formation de leurs personnels.

Un article de sociologie datant de 2001 proposant une analyse comparée de quatre manuels de certification fait référence à la présence de ces méthodes dans ces documents : « *Les*

pratiques médicales ne sont présentes dans le manuel qu'en tant qu'élément du processus de production. On repère ainsi les critères suivants : "les secteurs d'activité clinique veillent à utiliser des protocoles lorsqu'ils existent" ou "les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques entreprennent des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles."» (Robelet, 2001, p. 79-80). On souligne donc le lien fort existant entre les dispositifs d'évaluation et de formation tels que l'EPP et le DPC et les recommandations dont nous venons de traiter.

1.2.2.3 RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Pour mener à bien notre travail, il a été nécessaire de procéder à une restriction du champ d'étude, les « pratiques médicales » prises dans leur ensemble recouvrant un ensemble de savoirs et de pratiques beaucoup trop vaste pour être traitées de façon rigoureuse. Nous avons donc restreint notre investigation à la cancérologie, pour des raisons que nous présenterons en fin de chapitre. À ce stade de notre travail de problématisation, nous relevons que des méthodes spécifiques d'amélioration de la qualité concernent ce domaine professionnel. Nous partons pour cela du Plan Cancer 2009-2013. Ce plan était structuré en cinq axes (Recherche, Observation, Prévention - Dépistage, Soins, et Vivre pendant et après un cancer), et celui qui nous intéresse plus spécifiquement concerne les soins. La mesure 19 intitulée « Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer » est celle qui retient notre attention. Elle prévoit la généralisation de mesures qualité qualifiées de « transversales » mises en place dans le premier Plan Cancer. Ces « mesures qualité transversales » comprennent un dispositif particulier qui constituera l'observable principal de notre recherche : il s'agit de la pluridisciplinarité, permise par la « Réunion de concertation pluridisciplinaire ». Cette réunion, ainsi que le dispositif d'annonce¹⁹ sont qualifiés dans le rapport de la façon suivante « *La mise en place du dispositif d'annonce et la généralisation des concertations pluridisciplinaires sont largement reconnues comme des mesures ayant amélioré la qualité des soins en cancérologie.* » (p. 85). Nous notons au passage que ces mesures sont supposées s'appuyer sur des outils technologiques permettant la transversalité et la pluridisciplinarité. On voit dans le rapport remis au Président de la République en juin 2013, que deux indicateurs ont été retenus pour évaluer la qualité de ces réunions de concertation pluridisciplinaire. Ces deux indicateurs sont l'exhaustivité et la pluridisciplinarité elle-même : le critère d'exhaustivité fait référence à l'inclusion de tout nouveau cas de cancer diagnostiqué chez un patient dans le dispositif; alors que le critère de pluridisciplinarité est relatif au nombre de disciplines effectivement représentées dans les réunions (au moins trois spécialités différentes doivent être participantes). La production de ces indicateurs quantitatifs se fait à partir d'un autre dispositif spécifique au traitement du cancer : le dossier de cancérologie communicant (DCC).

19. Il s'agit d'une autre mesure qualité transversale comprise dans la mesure 19 du Plan Cancer 2009-2013 dont nous ne traiterons pas dans ce travail.

1.2.2.4 LE DOSSIER DE CANCÉROLOGIE COMMUNICANT

Le premier plan Cancer (2003-2007) prévoyait la mise en place de réseaux régionaux de cancérologie (RRC). Sous tutelle de l'Agence Régionale de Santé (ARS), ces structures sont indépendantes des établissements de santé, et sont chargées de coordonner les acteurs de la prise en charge en cancérologie, sous la forme d'une délégation de service public. Leurs missions sont fixées par la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, et particulièrement dans son annexe comportant un référentiel national. C'est le titre A-II de ce référentiel qui prévoit la création du Dossier de Cancérologie Communicant (DCC). Il y est défini de la façon suivante : « *Le DCC est l'outil métier qui facilite le partage des données médicales des patients entre les professionnels de santé du RRC, y compris les médecins traitants, quel que soit le lieu où le patient est pris en charge.* ». Ces « outils métier » régionaux ont été pensés comme des supports regroupant l'information pertinente pour la production d'une décision thérapeutique concertée dans le cadre des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires, devant donner lieu au renseignement d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS). L'objectif est également de disposer d'un outil de partage des informations médicales entre les établissements de santé et les médecins traitants des patients atteints de cancer. Enfin, il s'agit également de constituer des ensembles de données pouvant être réutilisées dans le cadre d'études épidémiologiques par exemple.

Le développement de ces applications étant délégués à des opérateurs de service public en région, les outils peuvent être plus ou moins finalisés et perfectionnés selon les régions. En Midi-Pyrénées, le réseau régional de cancérologie se nomme Oncomip, et le DCC mis en œuvre par la structure porte le même nom. Accessible en ligne, l'outil participe à la RCP : il ordonnance le passage des cas discutés, contient les données relatives à la pathologie, aux examens, au parcours du patient, et enregistre la proposition thérapeutique à l'issue de la réunion. Il contient également des liens vers les documents de référence tels que le « thésaurus » des RBP de la spécialité en question, ou la classification internationale des maladies (CIM10). Les deux derniers outils et méthodes que nous venons de présenter – la RCP et le DCC – constitueront des observables importants de notre travail. Ils sont uniquement présentés ici de façon très succincte et relativement à leur inscription dans les politiques publiques dont nous sommes partie pour présenter la construction de la problématique. Ces éléments feront l'objet d'une construction en tant qu'observable qui apportera des éléments de contextualisation beaucoup plus précis et accompagnés de matériau empirique. Néanmoins, à ce stade, nous pouvons déjà constater que l'ensemble d'outils et de méthodes que nous venons de présenter constituent un ensemble paraissant cohérent du point de vue du législateur, visant à équiper les pratiques des médecins dans une optique globale d'amélioration des indicateurs de qualité.

1.2.3 CONCEPTUALISER LES RATIONALISATIONS ORGANISATIONNELLES EN SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Comme nous venons de le voir, les organisations hospitalières connaissent depuis plusieurs années des mutations organisationnelles en grande partie liées à l'évolution de leur contexte législatif et institutionnel. Les politiques publiques de santé que nous avons brièvement décrites cherchent en effet à rationaliser le fonctionnement des établissements d'une part, et le travail des soignants d'autre part. Ce sont ces mutations et ce qu'elles impliquent à ces différents niveaux que nous désignons lorsque nous parlons de dynamiques de rationalisation. Avant de développer davantage sur la question des rationalisations organisationnelles, il convient tout d'abord d'explicitier un premier point, relatif à la logique de notre démarche. Pour passer des politiques publiques de santé aux pratiques locales des acteurs en situation de travail, il est nécessaire de faire un très grand pas. Cette tentative demandera effectivement de procéder à des précisions d'ordre épistémologique et méthodologique, dans le chapitre suivant. Pour ce qui relève de notre entreprise de problématisation, nous cherchons pour le moment à expliciter la logique qui porte le questionnement qui est le nôtre, et à convaincre le lecteur de sa pertinence. Pour ce faire, nous appuyons notre démarche sur les travaux de Jean-Luc Bouillon :

« D'une part, la rationalisation de l'activité se trouve à l'origine de la rationalisation comme dynamique d'évolution générale, qui se construit par l'agrégation de multiples rationalisations locales. Par ailleurs, la rationalisation abordée au niveau global permet de redonner un sens aux phénomènes locaux se déroulant par exemple au sein des structures organisationnelles et de les recontextualiser. Les situations locales d'activité peuvent être replacées dans les niveaux de généralité plus élevés où elles s'inscrivent, en d'autres termes dans leur contexte institutionnel et économique. » (Bouillon, 2013, p. 128)

En suivant l'auteur, il s'agit de replacer les pratiques des professionnels dans le contexte qui participe à les façonner et que ces mêmes pratiques modifient également, dynamiquement. Outre le fait de dépasser une opposition entre des partis pris théoriques, la proposition faite par l'auteur se positionne dans une démarche d'articulation d'observables de natures différentes, qui autorise la tentative visant à tracer une dynamique dans toute l'épaisseur de l'organisation. Jean-Luc Bouillon plaide en effet pour des approches *intégratives*, inscrites en communication organisationnelle, permettant de réintroduire les dynamiques socio-économiques – par exemple dans les approches constitutives, en particulier nord-américaines – sans en perdre la richesse analytique fournie par la forte attention portée aux interactions.

Ce sont principalement pour ces raisons que nous mobilisons dans notre travail des éléments d'observation aussi hétérogènes. Les éléments relevant des politiques de santé publique sont nécessaires à la contextualisation des pratiques dont nous cherchons à qualifier

d'éventuelles recompositions. Pour étudier ces formes contemporaines de rationalisations organisationnelles, il est nécessaire de mobiliser des travaux en sciences de l'information et de la communication selon deux modalités distinctes et complémentaires : l'un relatif à aux objets de la recherche, l'autre à ses méthodes, le tout dans un même mouvement. En effet, les formes contemporaines des processus de rationalisation portent sur les activités informationnelles et communicationnelles, qui sont elles-mêmes constitutives du travail ainsi que des organisations. Il s'agit donc de s'intéresser aux activités informationnelles et communicationnelles, d'une part, où nous avons une première mobilisation des sciences de l'information et de la communication; mais il s'agit également – et surtout – de dépasser la communication comme *objet*, pour envisager la construction d'une problématique dans une *approche communicationnelle*. Les approches constitutives, dans lesquelles notre travail s'inscrit de façon générale, considèrent que les activités informationnelles et communicationnelles *constituent* l'organisation, sans pour autant réduire ou rabattre une notion sur l'autre²⁰ (Bouillon, 2009). Dès lors, nous rejoignons A. Mayère qui écrit au sujet des approches communicationnelles appliquées aux organisations de santé : « *Quelle peut être, s'agissant des organisations de santé, la contribution d'une recherche mettant la focale sur la communication comme processus organisant, sur la communication comme constitutive des organisations et comme participant dans le même mouvement à la formation des identités collectives et individuelles? Cette contribution nous semble tout particulièrement requise s'agissant d'activités qui requièrent un travail continu d'articulation [...] de ces organisations en équilibre instable soumises à la complexité de contingences multiples, où se compose et recompose la dynamique des professions de santé [...]* » (Mayère, 2013, p. 99). Ce sont en effet ces contingences, cette complexité inhérente aux pratiques médicales qui entrent en tension avec le projet d'une rationalisation organisationnelle.

Conceptualiser ces rationalisations organisationnelles en sciences de l'information et de la communication nous paraît donc s'inscrire dans un projet pertinent, et le cas des organisations hospitalières s'y prêter particulièrement. Il convient désormais de procéder à une clarification terminologique, afin de spécifier l'acceptation de la notion de *rationalisation* que nous retiendrons pour la totalité de ce travail. Pour ce faire, il est nécessaire de remonter à Weber, à qui nous devons les bases d'un travail qui s'est par la suite poursuivi et enrichi de contributions dans le champ de la communication organisationnelle. Dans les travaux de Weber (2003), la notion de rationalisation est omniprésente. Elle recouvre de nombreuses acceptions, qu'il ne nous paraît pas pertinent de détailler exhaustivement ici, mais qui relèvent d'une dynamique globale qui leur est commune. Cette notion désigne un mouvement global des sociétés modernes, caractérisé par le développement croissant de démarches

20. Nous ne rentrons pas dans les détails des approches dans ce premier chapitre dédié à l'élaboration de la problématique. Ces éléments seront détaillés et discutés dans le chapitre suivant, qui sera davantage tourné vers la clarification terminologique, le positionnement épistémologique et la construction d'un cadre théorique.

scientifiques, et ce dans l'ensemble des réalités sociales. Il ne s'agit pas tant de désigner l'augmentation des connaissances scientifiques opérant dans le monde social, mais davantage du développement d'une croyance dans les vertus explicatives de la démarche scientifique, pouvant ainsi mener à une maîtrise de l'environnement humain par sa compréhension, son intellectualisation.

Une seconde définition de la notion de rationalisation chez Weber, relevée par Bouillon (2013), nous paraît davantage opératoire. Dans cette acception, la rationalisation correspond à : « *un processus de mise en œuvre d'une rationalité dans la compréhension du monde et dans l'action* » (p. 127). Contrairement à ce qu'il pourrait sembler de prime abord, cette définition présente davantage de portée heuristique que ne le laisse paraître son aspect tautologique. En effet, cette façon de conceptualiser la rationalisation nous intéresse principalement pour deux raisons. Tout d'abord l'instanciation d'« une rationalité » ouvre la perspective consistant à analyser et qualifier les formes plurielles de rationalité mobilisées dans les différents ensembles empiriques qui composent notre corpus. À l'instar de V. Boussard (2008), par exemple, qui développe dans son travail une étude d'une forme de rationalité spécifique – la rationalité gestionnaire – nous chercherons à comprendre quelles formes de rationalité sont mises en œuvre « dans la compréhension et dans l'action ».

La seconde partie de la définition que nous retenons pour ce travail présente également un autre intérêt que nous souhaitons souligner. Le déploiement d'une rationalité concerne deux dimensions : la compréhension du monde et l'action. Ces deux dimensions nous paraissent à la fois très heuristiques, et aller dans le sens que nous voulons impulser à notre analyse. S'il est question de mettre en œuvre une rationalité dans la compréhension du monde – que nous restreignons dans notre cas aux organisations hospitalières – il s'agit donc de mettre l'accent sur la façon dont vont être conceptualisés les modes de fonctionnement de ce monde. Dans notre travail, il s'agira de comprendre les formes de rationalité, mais également, comme nous le soulignons précédemment, comment sont construites les procédures censées régler l'activité de l'organisation : qu'est-ce qui constitue la « mécanique » du projet que ces dynamiques contiennent ? Le second terme, venant après la « compréhension du monde », est « l'action ». Cette autre dimension où l'on devra étudier la façon dont ces rationalités sont mises en œuvre recouvre pour nous l'espace des pratiques. Le projet TechnoRam émettait comme hypothèse de travail qu'une tension existait entre les différentes logiques portées à ces différents niveaux. Déployer la notion de rationalisation de cette manière nous permettra de rendre visibles ces tensions et de les mettre en évidence, par l'étude des rationalités portées dans les « projets » ou dans les « pratiques ».

Ces éléments terminologiques sont essentiels pour avancer dans la construction de notre problématique. Ceux-ci étant éclaircis en ce qui concerne la façon dont nous nous saisissons

de la question de la rationalisation, il est nécessaire de revenir à notre propos précédent, relatif au positionnement que nous souhaitons tenir au sein des sciences de l'information et de la communication. La tentative de ce travail vise à s'inscrire dans une conception communicationnelle *intégrative* de l'organisation au sens où l'entend J.-L. Bouillon, c'est-à-dire qu'il est crucial dans notre approche d'articuler différents registres communicationnels, différents observables, ce qui permet de rendre compte des tensions traversant l'organisation. En s'intéressant au sein d'une même problématique à des phénomènes communicationnels aussi distincts et distants que les interactions et les discours tenus au nom de l'organisation, et les médiations socio-techniques, il devient envisageable de comprendre les différents modèles qui y opèrent, les tensions qui les traversent et leur imbrication (Bouillon, 2013, p. 363)²¹.

Enfin, notre capacité à saisir ces dynamiques de rationalisation se fonde également sur une autre des spécificités de notre approche, qui concerne l'attention portée aux technologies et leur position centrale dans notre problématique. Nous avons préparé cette articulation dans la sous-section précédente en proposant de linéariser la problématisation : nous sommes passée des discours portés dans les textes cadrant les politiques publiques de santé à la question de l'amélioration des pratiques en cherchant à identifier les dispositifs qui *équipent* ou cherchent à équiper les pratiques professionnelles. C'est précisément de cette opération de problématisation qu'il est question dans les approches intégratives que promeut J.-L. Bouillon et dans la façon dont nous nous en saisissons. À l'instar de Hémond (2011), Bénéjean (2013), entre autres, nous proposons de considérer les dispositifs technologiques pour interroger leur rôle de médiateurs, en tenant compte de la dimension socio-technique de la médiation qu'ils opèrent dans la production de l'organisation. Nous n'avons pas explicitement posé ces éléments – pourtant centraux – de notre problématique dans les pages précédentes. En effet, le travail à la fois terminologique et épistémologique nécessaire pour cela nous aurait trop éloignée du déroulement de la construction de la problématique. Nous traiterons en profondeur ces questions dans le second chapitre, et commencerons à les évoquer dans la section suivante lorsqu'il sera question de l'*Evidence Based Medicine*.

21. L'approche proposée par J.-L. Bouillon, fait suite au programme 'ACO' (Bouillon *et al.*, 2008; 2007, Bouillon, 2009, Bourdin *et al.*, 2010, Bourdin, 2008) – sur lequel nous reviendrons en détail ultérieurement – mais les prolongements qui sont ici repris sont encore en voie de développement, démarche dans laquelle nous tentons de nous inscrire.

PROBLÉMATIQUE #1

À l'aide des éléments dont nous disposons, nous sommes désormais en mesure de procéder à une première formulation de problématique. Nous avons débuté ce chapitre en présentant la problématique générale dans laquelle s'inscrivait le programme de recherche TechnoRam dont ce travail doctoral fait partie, et nous avons terminé cette seconde sous-section en présentant la façon dont nous approchons cette problématique au sein de notre discipline et avons esquissé les contours d'une partie des observables qui seront mobilisés dans le travail empirique. Il convient donc de procéder à une courte synthèse.

Nous nous sommes attachée à décrire la façon dont les dynamiques de rationalisation de l'activité médicale procèdent pour jouer sur les pratiques professionnelles des médecins, profession dont nous approchons les pratiques en les qualifiant de *prudentielles*. Nous avons pour cela cherché à comprendre quels étaient les objectifs affichés des réformes des systèmes de santé et hospitalier, en matière de pratiques médicales. Il ressort des éléments dont nous disposons que l'objectif transversal peut être résumé de la façon suivante : « l'amélioration de la qualité des soins ». L'étape qui suit consiste à se demander *comment* cette « amélioration » est traduite dans le domaine des pratiques. Avant de passer aux observations de terrain, aux interactions, à l'action, il est nécessaire de s'intéresser au niveau des médiations socio-techniques, c'est-à-dire aux outils et méthodes pensés pour équiper l'action et l'interaction et atteindre les objectifs politiques affichés. Que contiennent ces outils et méthodes? Comment la notion de qualité et d'amélioration de la qualité sont-elles pensées et implémentées dans ces dispositifs? Quelles sont les formes de rationalité qui y sont inscrites? Quels présupposés relatifs à l'exercice de la médecine, à sa dimension conjecturale, incertaine, *prudentielle*, servent de base à la construction de ces objets?

Par ailleurs, si l'on prête attention de façon plus précise aux quatre dispositifs que nous avons identifiés et présentés dans cette section, nous pouvons faire plusieurs constats. On peut tout d'abord reconnaître leur hétérogénéité, tant relative à leur nature (logiciel, dispositif réglementaire, outil d'aide à la décision ou d'action publique) qu'à leur portée (transversale à de nombreuses professions médicales et paramédicales, ou portant spécialement sur la cancérologie). Pourtant, ils constituent un ensemble pouvant être construit de façon cohérente, en prenant appui sur une régularité que nous pouvons y trouver. Les RBP sont transversales à tous ces dispositifs, leur présence y est plus ou moins prégnante, mais elles y figurent toujours. De plus, c'est la démarche de légitimation par la science qui y est inscrite qui transparait dans tous ces dispositifs. *L'Evidence Based Medicine* est inscrite et agit dans les objets concrets que nous avons identifiés. C'est pour cela que la construction des objets de notre recherche se poursuit dans la section suivante qui y est consacrée.

1.3 L'EBM, TRACEUR DES DYNAMIQUES DE RATIONALISATION

Afin de poursuivre notre travail de construction de la problématique, il est maintenant nécessaire de se pencher sur les outils heuristiques que nous souhaitons mobiliser pour mener à bien notre projet. Un de ces éléments réside dans l'explicitation du titre de la présente section. En effet, le terme de « traceur » n'est pas une notion théorique à proprement parler, il s'agit davantage d'une métaphore qui nous paraît être en mesure d'éclairer notre démarche. Comme nous l'avons vu dans le développement des sections précédentes de ce chapitre, notre travail prend pour objet des observables distants, et dans lesquels nous devons pourtant identifier, qualifier et analyser des éléments congruents et commensurables. Pour cela, il a été nécessaire d'identifier un élément particulier pouvant se manifester dans tous les observables que nous avons retenus, et de questionner la façon dont cet élément se manifeste et agit dans les différents agencements auxquels il prend part. Cet élément que nous exposons dans la présente section, l'*Evidence Based Medicine*, est donc le marqueur que nous allons suivre dans les différents observables organisationnels.

Nous employons ici le terme de « traceur », mais il ne s'agit pas véritablement d'un élément de méthodologie spécifique – nous verrons que l'objet ne se prête pas véritablement aux stratégies dont nous avons eu connaissance – mais plutôt d'une démarche heuristique permettant de construire la problématique et de l'exposer clairement. La façon dont nous nous saisissons de ce terme fait référence à une technique assez commune dans différentes disciplines scientifiques, et plus particulièrement en biochimie. Dans ce cas, il s'agit de traceurs dits isotopiques. Le principe est relativement simple. Il s'agit d'administrer un produit contenant un marqueur radioactif à un patient. Le marqueur radioactif émet un rayonnement qui est connu, et qui permet donc de suivre à la trace le parcours du produit, sans perturber le fonctionnement des organes étudiés.

Utiliser l'*Evidence Based Medicine* comme « traceur » dans notre travail revient à opérer un déplacement par rapport à ce que nous venons d'explicitier. Bien évidemment, notre travail en est très éloigné. Cependant, la stratégie nous paraît opérante et heuristique. Il s'agit concrètement de « faire parler » l'*Evidence Based Medicine* dans tous les observables identifiés. Nous avons un objet – certes dynamique – qui s'instancie dans différents contextes, et dont nous postulons qu'il participe de la constitution de l'organisation. Nous cherchons à comprendre comment cet objet parle et agit dans tous les contextes que nous avons retenus comme pertinents dans le cadre de ce travail. Il s'agit donc maintenant de qualifier cet objet, d'en saisir les différentes dimensions du point de vue des différents acteurs identifiés, de le construire de notre côté en tant qu'objet scientifique, et d'explicitier en quoi il va nous permettre d'ajouter une dimension particulièrement riche à notre problématique et à l'analyse à venir.

1.3.1 L'EBM : PARADIGME ET TECHNOLOGIE

L'*Evidence Based Medicine*, ou *EBM*, est un objet complexe et dynamique. Il nous appartient de présenter ses origines et son évolution, de façon nécessairement imparfaite et rapide, et d'expliciter la façon dont nous construisons cet objet concret en objet scientifique (Davallon, 2004), c'est-à-dire d'exposer succinctement les raisons de notre choix relatif à la catégorisation de cet objet comme technologie, voire de méta-technologie. Mais avant cela, il est nécessaire de procéder à une précision. Il aurait été possible d'un point de vue scientifique de nous appuyer sur des travaux reconnus pour asseoir notre propos. En effet, le caractère collectif de la recherche dans laquelle nous nous inscrivons apporte des appuis certains, et il aurait pu être jugé pertinent d'utiliser des procédés mobilisés par d'autres chercheurs inscrits dans cette même démarche, permettant de suivre une technologie en contexte organisationnel. Nous pensons en particulier à la logique « biographique » des systèmes techniques, s'appliquant aussi bien – dans des démarches similaires à la nôtre – à des documents (Marrast et Mayère, 2013), qu'à des outils informatisés (Bénéjean, 2013). Cette démarche propose de s'appuyer sur une mise en récit ou en intrigue propre au registre biographique pour comprendre les logiques propres aux systèmes techniques étudiés et mieux appréhender leurs configurations contemporaines. Pourtant, même si nous reconnaissons la pertinence de la démarche, il nous paraît difficile de nous en prévaloir. Tout d'abord, il est hors de propos de faire l'économie d'une généalogie de l'*EBM* dans ce travail. Nous remonterons en définitive bien plus loin dans le temps en portant notre attention sur la naissance de la clinique dans le quatrième chapitre. Cependant, il existe une singularité majeure dans notre travail, résidant dans le fait que nous n'étudions pas une technologie que l'on pourrait aisément circonscrire, ou *a minima* envisager de circonscrire. En effet, l'*EBM* est tantôt qualifiée de « paradigme », de « méthode », par ses promoteurs et détracteurs confondus. Il s'agit d'un objet controversé, que nous nous employons à construire scientifiquement comme une « technologie » ou « méta-technologie ». Il nous apparaît assez peu rigoureux d'aplatir la complexité qui réside dans ces nuances. C'est pour cela que nous proposons d'exposer la construction de l'*EBM* en tant que technologie, en passant certes par une généalogie, mais en explicitant cette dimension technologique que le chercheur y identifie.

Commençons donc par exposer ce que recouvre le terme *EBM*, en nous référant en premier lieu à la littérature professionnelle médicale. La définition la plus usuelle de cette notion, tant dans la littérature médicale que sociologique, est la suivante : « *The conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients* »²² (Sackett *et al.*, 1996, p. 71). Cette définition pose de nombreuses questions au chercheur en sciences sociales, en particulier concernant la redondance du terme « evidence »,

22. *L'utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves disponibles dans la prise de décision relative aux soins à prodiguer à chaque patient.* (Notre trad.)

qui donne un aspect tautologique à l'ensemble. Dans la traduction que nous avons proposée, nous avons utilisé le terme de « preuve » pour transcrire l'intraduisible « evidence » anglais²³. Nous nous sommes ici conformée aux usages courants, *EBM* étant souvent traduit par « médecine des preuves » (Marks, 1999, Mollo, 2004, Rolland, 2011), ou plus rarement « médecine factuelle » (Castel, à paraître). Cette définition récente ne peut se passer d'un parcours de la généalogie de cette tendance forte de la médecine contemporaine, à l'articulation des politiques publiques et des pratiques thérapeutiques.

Le développement de l'EBM s'inscrit dans le temps long du développement de la médecine, et accompagne sa construction en tant que discipline scientifique. Nous ne remonterons pas pour le moment à Hippocrate ni même à Claude Bernard ou Bichat, plus proches de nous. Un professeur d'histoire de la médecine, Harry Marks, a consacré un travail considérable à l'étude de la naissance de cette grande réforme thérapeutique, à la fin de la seconde guerre mondiale aux États-Unis (Marks, 1999). Il décrit dans cet ouvrage les activités de ceux qu'il nomme les « réformateurs thérapeutiques », groupe engagé dans la construction d'une « thérapeutique rationnelle ». L'approche de H. Marks, à la fois historique et anthropologique, expose les tendances qui ont conduit à la construction de ce nouveau paradigme dans la seconde moitié du XX^e siècle. Le groupe des « réformateurs thérapeutiques » qu'étudie H. Marks est construit par l'auteur comme une « *communauté politique, un groupe soudé par sa croyance dans le pouvoir de la science pour unir les chercheurs et les praticiens de la médecine malgré d'évidentes différences de formation et de pratiques.* » (Marks, 1999, p. 17). Deux éléments d'analyse développés par l'auteur nous paraissent intéressants à souligner : la perte de confiance du groupe des « réformateurs » que leurs prédécesseurs portaient au jugement des cliniciens expérimentés ; et le fait que la confiance placée dans la science s'accompagnait d'une forte suspicion pour les motivations commerciales (celles des promoteurs de nouveaux traitements pharmaceutiques en particulier) (Marks, 1999 ; 2000). Le paradigme *EBM* dans l'analyse de H. Marks se construit donc par défiance par rapport aux enjeux commerciaux, et dans une logique où le scientifique se constitue en communauté politique ayant pour visée de s'affranchir de ce qui est extérieur à la production de la connaissance scientifique elle-même. Il était donc nécessaire pour les réformateurs de se doter d'une capacité à proposer des

23. La question de la traduction du terme « evidence » a été rencontrée à plusieurs reprises au long de notre parcours doctoral. Sans pour autant régler les problèmes que pose cette traduction, les seules observations que nous avons trouvées pertinentes pour expliciter les questions soulevées ont été formulées par Ian Hacking, dans sa préface à l'édition française d'un de ses ouvrages, et par son traducteur Michel Dufour, dans une longue note de traduction relative au titre du chapitre 4, où la traduction qui a été choisie est « évidence factuelle ». La préface à l'édition française par Ian Hacking soulève des questions épistémologiques majeures sur lesquelles nous reviendrons. La note du traducteur, quant à elle, précise : « *En anglais, evidence ne signifie en général qu'élément d'évidence et, tout comme la probabilité moderne, n'apporte qu'un soutien partiel à la thèse à confirmer. [...] Enfin, pour compliquer encore un peu l'affaire, soulignons que la polysémie de l'evidence anglaise peut conduire à des équivoques, certains auteurs l'employant occasionnellement dans le sens de "preuve", avec tout ce que ce terme peut impliquer de démonstratif, de convaincant, de certitude, et donc d'exclusion de ce qui n'est que probabilité [...].* » (Hacking, 2002, p. 63). Concernant l'*EBM*, tout indique ce dernier cas de figure.

critères impersonnels d'intégrité scientifique.

Ce qui va permettre au groupe des « réformateurs » de produire ces critères impersonnels d'intégrité se trouve dans la dimension méthodologique que comprend cette réforme thérapeutique qui deviendra l'*EBM*, et de façon plus précise dans ce qui relève de la production des données scientifiques : les essais contrôlés randomisés, qui accèdent au statut de *preuve statistique* dans le champ de la médecine. Pour H. Marks, ce « triomphe des statistiques » constitue la grande réforme médicale de la seconde moitié du XX^e siècle, avec pour point d'orgue l'invention puis la pratique systématique du « double aveugle contre placebo », qui devient l'arbitre final de toute évaluation thérapeutique dans la recherche clinique. Comme le précise H. Marks : « *Jusqu'en 1950, la plupart des médecins voyaient encore les statistiques comme un domaine de santé publique dévolu pour l'essentiel à l'enregistrement des morts et des maladies.* » (Marks, 1999, p. 198). L'alliance des « réformateurs » et des statisticiens permettra par la suite l'implantation durable des méthodes statistiques dans les modes de production de la preuve en médecine.

C'est avant tout la « randomisation » qui a été l'instrument du changement. Attribuée²⁴ à un généticien spécialisé dans l'agronomie, Ronald Fisher, la randomisation est une stratégie statistique de suppression des biais dits « objectifs » dans les expérimentations contrôlées, dont la particularité est de s'appuyer sur le hasard. Dans toute expérience où l'on cherche à mesurer l'efficacité d'une intervention nouvelle, les résultats obtenus peuvent être attribués à une multitude de facteurs autres que l'intervention qui fait l'objet de l'expérimentation. Et les variations de ces facteurs sont incontrôlables. Fisher a proposé une méthode – non pour contrôler les effets de ces facteurs – mais pour les estimer. Concrètement, il s'agit de construire la répartition des populations participant à l'expérimentation en confiant au hasard la constitution des groupes qui recevront ou ne recevront pas l'objet de l'expérimentation – soit un traitement ou un placebo dans le cas de la médecine.

Ainsi, les « réformateurs » disposent d'un triptyque méthodologique convaincant, permettant de construire une légitimité et un statut scientifique aux avancées de la recherche, qu'elle soit biomédicale ou clinique :

- la notion de « contrôle », demandant la présence d'un groupe test auquel est administré un placebo alors que le second groupe reçoit le traitement dont on cherche à évaluer les effets;
- la notion d'expérimentation en « aveugle » ou en « double aveugle », signifiant dans le premier cas que le sujet de l'expérimentation ne sait pas de quel groupe il fait partie et dans le second cas que ni le sujet ni le chercheur ne dispose de cette information;

24. Pour un développement sur les origines de la randomisation dans le design expérimental, se référer à Hacking (1988).

- et enfin la notion de « randomisation » que nous venons d'exposer brièvement, où la constitution des groupes est confiée au hasard, que l'on charge de la neutralisation des perturbations non connues et non souhaitées des variables environnementales sur le dispositif expérimental.

Nous pouvons d'ores et déjà noter que l'*EBM* comporte une forte dimension *méthodologique*, qui constitue le cœur de la validité épistémologique qui lui est attribuée. Nous soulignons avec C. Rolland et F. Sicot, ainsi que P. Castel et S. Dalgarrondo la légitimité professionnelle que cette assise scientifique forte confère à la profession (Rolland et Sicot, 2012, Castel et Dalgarrondo, 2005). P. Castel et M. Robelet y ajoutent l'acceptabilité des recommandations issues de ces processus – marqués par une rigueur scientifique importante – à l'intérieur de la profession (Castel et Robelet, 2009). M. Berg relève également dans la période de l'après seconde guerre mondiale l'installation de différentes formes de rationalité scientifique dans les pratiques médicales, à partir de l'étude de technologies d'aide à la décision (Berg, 1995).

Dans un autre registre, M. Berg et S. Timmermans se sont intéressés spécifiquement à l'*EBM* dans un ouvrage consacré à la standardisation dans les activités de soin (Timmermans et Berg, 2003). Dans cette enquête mobilisant des éléments empiriques provenant des États-Unis et des Pays-Bas, les auteurs axent leur propos sur la « *quête de la qualité* » dans le monde du soin médical, et sur la notion de « *Gold Standard* » – en provenance des milieux financiers, « l'étalon or » – désignant ce qui définit de façon absolue et définitive la valeur de vérité. Dans le cas de la médecine de l'ère du paradigme *EBM*, il s'agit des essais cliniques randomisés que nous venons de présenter. Ces connaissances issues de la recherche clinique ou biomédicale, qui pourront être intégrées à des recommandations lors de processus spécifiques²⁵, se voient même attribuer des « niveaux de preuve » en fonction de la méthodologie retenue et mise en œuvre par les équipes de recherche. Les *méthodes* que l'*EBM* incorpore sont donc constitutives de la validité scientifique des recommandations qui en sont issues, mais participent aussi de la construction de la scientificité professionnelle du corps médical.

C'est en cela que l'*EBM* peut être envisagée comme un paradigme, au sens que T. Kuhn donne à ce terme, c'est-à-dire une structure de savoir autoréférencée, dont les observations, la méthode et les résultats relèvent de logiques communes et légitimées, c'est-à-dire répondant de la « méthode scientifique », comme le décrit M. Berg (Berg, 1995, p. 454). Nous pouvons à partir de ce point rejoindre A. Klein, et considérer l'*EBM* comme un « seuil de formalisation »²⁶

25. Ces processus ont été étudiés en particulier par P. Castel (à paraître).

26. A. Klein entend la notion de « seuil de formalisation » au sens de (Foucault, 1969, p. 244), c'est-à-dire : « [...] lorsque ce discours scientifique, à son tour, pourra définir les axiomes qui lui sont nécessaires, les éléments qu'il utilise, les structures propositionnelles qui sont pour lui légitimes et les transformations qu'il accepte, lorsqu'il pourra ainsi déployer, à partir de lui-même, l'édifice formel qu'il constitue, on dira qu'il a franchi le seuil de la

du savoir médical », c'est à dire qu'un déplacement est opéré, fondant l'évaluation de la certitude et de l'incertitude du clinicien dans un système de savoir structuré et organisé (Klein, 2012, p. 227).

Dans notre propre travail, nous avons pris le parti de ne pas occulter cette dimension paradigmatique de l'*EBM*, mais de l'envisager dans sa dimension technologique. Ce choix est lié à l'attention que nous souhaitons porter aux *pratiques* des médecins, choix qui rend nécessaire le déplacement que nous sommes en train d'opérer, mais où les considérations épistémologiques seront toutefois présentes tout au long de notre travail. Quelles sont les raisons et les implications du choix de construire l'*EBM* comme une technologie ou comme une méta-technologie dans l'élaboration des objets de notre recherche? Il convient tout d'abord de clarifier les termes que nous utilisons ici. À l'instar de Mayère (2006), l'acception de départ que nous retenons pour envisager les technologies se base sur les travaux de G. Simondon (Simondon, 1958 ; 2013). En suivant la logique de ces travaux, l'*EBM* ne relève pas de la catégorie de l'*outil* ou de celle de l'*instrument* que développe Simondon, mais davantage d'une *méthode technique*, que Simondon envisage comme précédant le stade instrumental (Simondon, 2013, p. 86). Nous rapprocherons pour le cas de notre travail cette catégorie de celle de *technologie de l'intellect* telle que développée par Goody (1979), comme nous le préciserons de façon plus approfondie dans le chapitre suivant.

Nous avons également avancé le terme de *méta-technologie* pour caractériser l'*EBM*. Il ne s'agit pas ici d'une construction conceptuelle particulière, mais davantage d'une façon de souligner la capacité de l'*EBM*, en tant que paradigme comme en tant que technologie, à générer des *outils* et des *méthodes* telles que celles que nous avons identifiées dans la section précédente (1.2.2), dont nous proposerons une tentative d'analyse génétique, au sens simondonien du terme. À ce stade de l'élaboration de notre problématique, construire l'*EBM* en tant qu'objet scientifique en interrogeant sa dimension technologique, c'est surtout envisager notre recherche dans une approche communicationnelle, en questionnant la rationalisation et les pratiques à partir des médiations socio-techniques qui les équipent et les produisent.

En suivant D. Bounoux, nous positionnons notre recherche dans une approche communicationnelle où il s'agit d'une part de « *produire la raison comme communication* », et d'autre part de « *décrire les enchevêtrements entre nos outils et nos performances symboliques* » (Bounoux, 2002, p. 5). Il s'agit ici de deux partis pris forts, assumant le rôle de pierre angulaire, et permettant de poursuivre la construction de notre problématique. La production de la raison comme communication, dans cette formulation de D. Bounoux, se positionne dans une critique forte des positions cognitivistes internalistes : il s'agit de s'employer à étudier

formalisation. »

les externalités de la « raison », dans les termes de D. Bounoux. Nous préférons y substituer le terme de « rationalité ». Ces externalités, venant s'inscrire en opposition avec un internalisme encore souvent attribué aux activités et pratiques réflexives, ne peuvent donc être étudiées qu'en portant notre attention sur les réseaux socio-techniques constitués par les différentes technologies, qui permettent de connaître, catégoriser, voir, et donc de produire ce qui constituera un des objets centraux de notre recherche : le raisonnement médical.

1.3.2 TRACER L'EBM DANS L'ORGANISATION POUR ANALYSER LES PRATIQUES

Nous avons désormais à notre disposition la plupart des objets de notre recherche. Nous avons présenté les enjeux du programme de recherche TechnoRam, à partir duquel nous avons procédé à l'élaboration des axes problématiques de ce travail : nous en sommes donc au stade où nous questionnons la dimension prudentielle des pratiques des médecins hospitaliers dans un contexte de rationalisation organisationnelle dont nous postulons l'observabilité en différents espaces de l'organisation hospitalière en suivant les associations socio-techniques que nous interrogeons à partir de l'*EBM*, questionnée dans une dimension duale – paradigme et technologie. Il nous appartient maintenant de procéder à un premier développement relatif à la question des *pratiques*, que nous avons eu besoin d'évoquer à de nombreuses reprises, sans avoir encore déterminé ce à quoi ce terme faisait référence et l'étendue de ce qu'il recouvrait.

Les premières lignes de l'introduction de *Practice turn in contemporary theory* témoignent de la grande plasticité des ensembles théoriques pouvant être rassemblés sous la notion de *pratiques* : « *Thinkers once spoke of 'structures,' 'systems,' 'meaning,' 'life world,' 'events,' and 'actions' when naming the primary generic social thing. Today, many theorists would accord 'practices' a comparable honor.* »²⁷ (Schatzki *et al.*, 2001, p. 10). Sans nécessairement prendre part aux débats portant sur les ordres de réalité qui devraient ou ne devraient pas être désignés par ce terme, ceci signifie pourtant que nous devons procéder sinon à une définition²⁸, mais à tout le moins à la construction des objets que nous devons par la suite établir en observables, et dans lesquels nous interrogerons notre *traceur*, c'est-à-dire l'*EBM*.

Nous n'avons pas retenu l'hypothèse d'une étude des *pratiques* des médecins hospitaliers, dans leur ensemble, et de façon exhaustive. Même si ce travail s'appuie sur la sociologie des professions médicales, il est cependant situé dans une perspective toute autre. Nous avons donc élaboré comme objets de la recherche des pratiques spécifiques, accessibles pour l'observation ethnographique pour ce qui relève de la dimension empirique de la recherche. Pour répondre de façon adéquate aux enjeux de ce travail, nous avons retenu un objet spécifique, auquel nous nous référons pour le moment avec le terme « raisonnement médical ». Envisagé en tant que catégorie spécifique de raisonnement professionnel, il s'agit pour nous de questionner les conditions de production de l'inférence médicale, dans une approche communicationnelle, c'est-à-dire de questionner le processus qui aboutit à la stabilisation de l'inférence.

27. « *Certains auteurs ont parlé de 'structures', de 'significations', de 'monde propre', d'événements' et d'actions', lorsqu'ils faisaient référence au social. Aujourd'hui, de nombreux théoriciens accorderaient un honneur comparable au terme de 'pratiques.'* » (Notre trad.)

28. Ce travail est effectué dans le chapitre théorique, voir 2.3.1, p. 96.

Il s'agit donc maintenant de répondre à deux questionnements relatifs à ce choix : le premier demandant de justifier la pertinence de celui-ci ; et le second portant sur ses implications concernant les objets de la recherche et la poursuite de la problématisation. La pertinence de ce choix, tout d'abord, nous paraît être inscrite dans les enjeux posés par TechnoRam et par la façon dont nous nous en sommes saisie jusqu'ici. Le choix de la catégorie des médecins hospitaliers, était appuyé dans TechnoRam sur la catégorie des travailleurs du savoir. Ce choix de catégorie, ainsi que le déplacement que nous avons opéré vers la catégorie des professions à pratique prudentielle (1.1.3, p. 26), s'appuient sur la dimension conjecturale de l'activité, où la gestion de l'incertitude est caractéristique des pratiques. Or, comme nous l'avons entraperçu dans la seconde section du présent chapitre (1.2, p. 29), où nous avons effectué une première description des différentes formes de rationalisation organisationnelle qui retiennent notre attention, la quête de qualité dans laquelle sont engagés les différents réseaux d'acteurs, lorsqu'elle prend pour objet les pratiques des médecins, s'emploie à réduire cette incertitude, bien que celle-ci soit inhérente à la médecine. Il nous semble donc que les différentes pratiques qui sont désignées dans le langage indigène sous le terme de « raisonnement médical » se prêtent de façon particulièrement pertinente aux axes problématiques qui sont les nôtres. Ceci nous amène au second questionnement, portant sur les implications du choix de l'objet « raisonnement médical ». Comme nous le soulignons avec D. Bougnoux, une des particularités des approches que proposent les sciences de la communication est d'envisager « *la raison comme communication* », pour reprendre ses termes. En effet, il n'est ni commun ni anodin de porter notre attention sur un objet tel que le « raisonnement ». Il convient donc de faire preuve de précaution – pas uniquement typographique – dans la façon dont nous nous saisissons de cette question. Il ne s'agit pas ici de tenter une incursion dans des disciplines telles que la psychologie cognitive, où des travaux sur ces questions existent, mais dont le périmètre et les méthodes sont radicalement différents. Pour proposer une analyse pertinente de notre objet qui soit inscrite en sciences de la communication, nous avons besoin de deux opérations. La première a déjà été décrite : il s'agit de porter notre attention sur les supports des formes de rationalité mobilisées dans le « raisonnement médical », c'est-à-dire d'envisager les *technologies* qui participent à la production des inférences. C'est en ce sens que nous proposons donc de suivre dans les différents espaces organisationnels les technologies qui relèvent du *paradigme EBM*. La seconde opération a été effectuée au cours d'itérations entre le terrain et les appuis théoriques, et se donne à voir dans la façon dont nous construisons le « raisonnement médical » en objet scientifique dans la seconde partie de la thèse.

Pour aborder un objet tel que le « raisonnement médical », nous avons certes mobilisé la littérature existante à ce sujet en sciences sociales (Cicourel, 1985, Cicourel *et al.*, 2001, Dodier, 1993), mais ces travaux se sont trouvés être très éloignés de la façon dont nous posons la problématique de notre travail ou des terrains d'observation auxquels nous avons eu accès. Par ailleurs, la dimension communicationnelle, tant dans les observables que dans la façon

de les approcher, faisait défaut pour pouvoir constituer une véritable base de travail à partir de laquelle construire notre recherche. À partir des observables qui nous ont été accessibles²⁹, nous avons préféré construire deux objets scientifiques distincts, participant de la production du « raisonnement médical » : la « décision » et l'« interprétation ».

Chacun de ces objets sera déconstruit puis reconstruit dans les chapitres 3 et 4. Il s'agira alors de décrire ces deux types de pratiques, en ce qu'elles participent et constituent ensemble le processus de production de l'inférence, envisagé communicationnellement. S'agissant de réunions de médecins (RCP), dont la visée organisationnelle est l'élaboration d'une stratégie thérapeutique dans le traitement de patients atteints de cancer, nous avons identifié dans notre travail ethnographique ces deux types de pratiques comme étant pertinents compte tenu du projet que portait TechnoRam. L'institutionnalisation de la RCP dans les deux premiers plans Cancer, son équipement tant par la structuration des savoirs médicaux par les recommandations de bonnes pratiques que par le dossier patient communicant, permettent de considérer cette observation des pratiques de façon à satisfaire les différents objets mobilisés dans notre problématique, dans la dimension située des interactions. Nous y avons identifié une pratique délibérative, à laquelle les acteurs de terrain se réfèrent sous le terme de « décision », dont l'issue est la formulation d'une proposition thérapeutique. Au cours de ces observations, nous avons remarqué que, pour les cas qui se présentaient de façon « non standard », l'« interprétation » des différents éléments – éléments cliniques, résultats d'exams et d'imagerie – mobilisait un temps et une attention importants. Il nous est donc apparu pertinent de nous intéresser à cet autre type de pratique, qui consiste à construire les éléments présidant à la production de la décision diagnostique et thérapeutique.

Nous construirons donc, dans les chapitres 3 et 4 le passage de la « décision » et de l'« interprétation » à la *délibération* et au *processus perceptif*. Il s'agira par la suite de questionner la façon dont l'*EBM* se manifeste dans ces différents types de pratiques. C'est en suivant les associations socio-techniques où l'on retrouve les méthodes et les axiomes marqués par l'*EBM*, et en cherchant à identifier ce qu'incorporent les technologies qui équipent le *raisonnement médical*, que nous pourrions identifier quelles formes de rationalité agissent dans la production des inférences au cours des processus délibératifs.

29. Nous faisons ici référence aux situations de communication que constituent les réunions de concertation pluridisciplinaire auxquelles nous avons pu assister.

PROBLÉMATIQUE #2

Nous avons opéré en milieu de chapitre un premier point d'étape sur la problématique en cours de construction. Ce chapitre touchant à sa fin, il convient de conclure ce dernier en synthétisant ce qu'il ressort des premiers éléments que nous avons mobilisés, articulés et mis en perspective.

Tout au long de ce chapitre, nous avons tenté l'exercice de déplier les enjeux qui se trouvaient inscrits dans le programme de recherche TechnoRam, pour instancier des questionnements très globaux dans une recherche se spécifiant progressivement pour étudier un sous-ensemble de pratiques professionnelles des médecins hospitaliers : le raisonnement médical équipé de technologies – dont l'EBM constitue le traceur – observable lors de situations de délibération collective. La problématisation de cet objet cherche à articuler trois dimensions, trois dynamiques : les *rationalisations organisationnelles*, l'équipement de ces rationalisations par des *technologies* aux matérialités variées, au sein de pratiques *prudentielles*. Nous soutenons que ce triptyque permet d'ouvrir des perspectives théoriques à la fois riches et renouvelées, au vu de la littérature existant en sciences sociales dans ce domaine. L'approche communicationnelle de l'organisation se voulant *intégrative*, elle propose donc de penser les *relations* dans lesquelles se produit le raisonnement médical : dans des interactions certes, mais dislocales, où nous cherchons à suivre les médiations socio-techniques à l'aide de notre traceur, présent dans toute l'épaisseur de l'organisation. Il s'agira *in fine* d'analyser de qualifier les formes de *rationalité* qui sont inscrites dans les *technologies* et *présentifiées* dans les interactions.

La poursuite de ces objectifs rend nécessaire – tant empiriquement que théoriquement – un développement conséquent consacré à l'explicitation de la façon dont nous nous saisissons de la question des *technologies*, et la façon dont nous l'articulons à celle de l'*organisation*. Le chapitre suivant cherchera donc à poursuivre la pose des fondations de notre recherche. Il s'agira de procéder à des spécifications tant terminologiques qu'épistémologiques, et donc expliciter ce que nous entendons par *organisation*, *technologie*, ainsi que les implications de ces choix au sein d'une approche communicationnelle.

2 QUEL CADRE POUR PENSER L'ARTICULATION PRATIQUES - TECHNOLOGIES - ORGANISATION ?

SOMMAIRE

2.1	De l'organisation aux processus organisants	61
2.1.1	Interroger communicationnellement l'organisation	62
2.1.2	Questionner les technologies dans les ACO	73
2.2	Penser la technologie entre communication et organisation	82
2.2.1	La technique anthropologiquement constitutive / constituante	83
2.2.2	De la technique constitutive / constituante à la technique organisante	89
2.2.3	Rationalisation et grammatisation	91
2.3	Opérationnaliser notre cadre théorique : infrastructures et cognition distribuée	95
2.3.1	Unités d'analyse : pratiques et milieu technique	96
2.3.2	La cognition distribuée	98
2.3.3	Infrastructures, sémiotique et catégories	100

INTRODUCTION DU SECOND CHAPITRE

Le présent chapitre cherche à ancrer notre recherche dans une approche qui soit à la fois interdisciplinaire et cohérente du point de vue épistémologique. Maintenant que nous avons pu procéder à la formulation de la problématique de ce travail doctoral, ainsi qu'à un premier niveau de circonscription des objets de la recherche, il s'agit d'en expliciter les termes, de les ancrer dans des corpus théoriques pour en mesurer et qualifier les implications dans la suite de notre entreprise.

Les objets de notre recherche sont des hybrides, nous les avons construits de façon à les étudier dans une approche qui l'est également. Les sciences de l'information et de la communication, en tant qu'interdiscipline, permettent de construire de tels objets de recherche, de telles problématiques. Qu'il soit question de *médiation* (Davallon, 2003), ou de *trivialité* (Jeanerret, 2008), c'est bien de la même logique dont il s'agit : penser la relation avant les termes de celle-ci (Bougnoux, 1991). C'est dans cette démarche, dans cette relecture du second axiome de Palo Alto (Watzlawick *et al.*, 1979) que nous positionnons notre recherche.

Il nous revient donc désormais de décrire la façon dont nous proposons de penser cette articulation des pratiques, des technologies et de l'organisation, nécessaire au traitement de la problématique préalablement élaborée. Pour ce faire, ce chapitre est divisé en trois sections. Dans un premier temps, nous interrogeons le cadre théorique dans lequel notre travail cherche à s'inscrire, à savoir les approches communicationnelles des organisations. Nous présentons les spécificités de ce projet théorique au regard des travaux et courants voisins. Une attention particulière sera portée aux différentes façons de questionner l'équipement technologique dans ces travaux. Dans un second temps, nous opérons un resserrement de notre focale sur cette question de la technique et des technologies, dont la centralité dans notre travail nécessite une réflexion conceptuelle approfondie. Ceci nous permettra d'exposer la façon dont nous proposons de nous saisir de la question des technologies dans l'approche communicationnelle de l'organisation que nous étudions. Le chapitre se terminera par une proposition d'articulation des différentes dimensions de notre recherche où, à partir du cadre principal dans lequel nous nous inscrivons, nous ferons appel à des travaux de disciplines voisines afin d'opérationnaliser le cadre théorique retenu.

2.1 DE L'ORGANISATION AUX PROCESSUS ORGANISANTS

Dans le premier chapitre, nous avons à plusieurs reprises évoqué l'« organisation », au singulier et au pluriel, ou qualifié certains éléments à l'aide de l'adjectif « organisationnel », en particulier lorsque nous avons introduit la question des rationalisations organisationnelles dans notre problématique (1.2.3). L'emploi de ces différents termes, pour les besoins de l'exposé de la construction de la problématique n'a pas fait l'objet d'une définition particulière. Il est d'ailleurs délicat, lorsqu'un terme revêt une telle importance dans la construction du propos et de la problématique, d'en donner une définition de façon lapidaire sans expliciter les choix qui ont amené à la production de l'acception retenue, et les cadres dans lesquels ces choix sont inscrits.

Afin de pouvoir travailler avec cette catégorie conceptuelle dans la suite de notre travail, il est donc nécessaire de procéder à ce développement ici. Cependant, une catégorie conceptuelle n'existe jamais seule et pour elle-même, elle se définit dans l'ensemble de relations qui lui permettent de se rendre observable et accessible aux yeux du chercheur, de façon empirique, méthodologique et théorique. Dans le champ qui est le nôtre, la catégorie conceptuelle « organisation » existe dans les relations qu'elle entretient avec la communication, c'est donc à partir de ces relations que nous procéderons à ces nécessaires précisions terminologiques. Nous soulignons par ailleurs qu'un des postulats sur lesquels s'appuie ce travail soutient qu'une attention particulière portée sur les technologies permet d'éclairer la question organisationnelle, et à plus forte raison lorsqu'elle est envisagée à partir des processus de rationalisation qui participent à sa production. Il s'agira donc de questionner les dynamiques produites par la mise en présence des concepts de « technologie » et d'« organisation ».

Il est ici question de faire travailler le triptyque conceptuel qui constitue le soubassement théorique de notre travail : communication, organisation, technologies. La linéarisation nécessaire dans ce type d'exercice rend inévitable le choix d'un point de départ comportant une part d'arbitraire. C'est pour cela que nous proposons d'interroger en premier lieu le lien « communication - organisation » (2.1.1). Il s'agira de questionner ce lien à partir de deux ensembles théoriques appartenant au champ de la communication organisationnelle, en vue de stabiliser ces éléments terminologiques. Ces deux mêmes ensembles de travaux – CCO et ACO – seront à nouveau mobilisés et précisés pour interroger la dynamique « technologies - organisation » 2.1.2. Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle cette articulation est nécessaire et pertinente pour questionner les processus de rationalisations organisationnelles. Les conceptions de la technologie qui y seront discutées seront à nouveau investies et approfondies dans la section suivante, où la focale sera placée sur les implications d'une pensée renouvelée de la « technique ».

2.1.1 INTERROGER COMMUNICATIONNELLEMENT L'ORGANISATION

Précisons tout d'abord que cette tentative de clarification terminologique ne se nourrit pas d'une prétention ontologique. Il n'est pas de notre ressort d'établir une définition figée de ce qu'est ou devrait être l'*organisation* ou une *organisation*. Il s'agit cependant de déterminer quels sont les ordres de réalités, et quelles sont les dimensions auxquelles nous nous attachons lorsque nous employons ce terme. Étymologiquement, le terme *organisation* provient du grec *organon*, qui signifie *outil, instrument*. Nous relevons au passage que c'est également sous ce terme d'*Organon* que la scolastique désigne l'ensemble des traités d'Aristote qui relèvent de la logique¹. Il serait probablement pertinent de questionner le lien entre les conceptions de l'organisation comme entité finalisée et la conception instrumentale inscrite dans l'étymologie du terme, comme le laisse penser cette traduction.

On peut retrouver cette conception de l'*organisation* comme entité finalisée parmi les différentes conceptualisations de l'organisation que J.-L. Bouillon a rassemblées et analysées (Bouillon, 2013). Nous souhaitons nous appuyer sur ce travail récent mais surtout très proche de notre positionnement². L'auteur cherche en particulier à éclairer l'analyse de phénomènes tels que les rationalisations organisationnelles en opérant un retour sur les différentes approches du lien communication - organisation en sciences sociales. Hormis les conceptions communicationnelles, auxquelles nous accorderons un développement spécifique, J.-L. Bouillon identifie deux grandes familles de conceptions de l'organisation dans son parcours analytique de la littérature :

- Les conceptions « positivistes instrumentales » :

L'*organisation* y est abordée dans une perspective positiviste, systémique, fonctionnaliste comme un *état organisé* et comme l'*ensemble des actions permettant de parvenir à cet état organisé*. On rencontre ces conceptions en particulier dans les approches gestionnaires, que l'auteur retrouve actuellement dans l'ensemble des formes de rationalisation organisationnelle étudiées. Dans ce cadre, ces approches se proposent d'*optimiser* le fonctionnement organisationnel en s'appuyant sur des démarches de *codification* – de l'organisation, du travail et des pratiques – et de *justification*. La communication y est envisagée comme une technique gestionnaire et renvoie à des *méthodes* et à des *outils* – c'est-à-dire à des *technologies* – susceptibles de permettre d'atteindre les *objectifs* organisationnels en agissant de manière instrumentale. La plupart des travaux en sciences de l'information et de la communication s'opposent à ces approches, sans toutefois pouvoir en faire l'économie, notamment lorsqu'il s'agit de comprendre les logiques dans lesquelles sont constituées les technologies supposées servir de support aux pratiques informationnelles et communicationnelles. C'est dans

1. Cette dénomination soulève par ailleurs une question quant à la dimension instrumentale de la logique en philosophie.

2. Si l'on met de côté pour le moment la conception des technologies.

ce type d'approche que l'on retrouve une conception de l'organisation comme « entité finalisée », c'est-à-dire procédant par la mise en œuvre d'une rationalité en finalité (Weber, 2003, Bouillon, 2013).

— Les conceptions « socioconstructivistes » :

Dans ces approches, au contraire, l'*organisation* va être appréhendée comme un *processus organisant*, un processus dynamique non déterminé, fondé sur des interprétations, des ajustements interpersonnels, des stabilisations temporaires et dans lesquels les phénomènes de rationalisation ne sont que très peu analysés et ne constituent pas l'objet principal des investigations menées. Dans ce cadre, la communication est en général assimilée à des phénomènes d'*interaction*, ne faisant pas ou peu l'objet de qualification, de définition et de conceptualisation. J.-L. Bouillon relève également l'intérêt que ces approches présentent, de par leur analyse conceptuelle et méthodologique des dynamiques sociales qui structurent les organisations, sans pour autant questionner les phénomènes communicationnels de façon satisfaisante.

Sans pour autant entrer dès maintenant dans ces *approches* communicationnelles de l'*organisation* et des *organisations*, poursuivons cependant l'examen des *conceptions* que celles-ci peuvent porter. Au préalable, il nous revient de procéder à une précision terminologique importante. De quelle nuance est-il question lorsque nous écrivons *organisation* au singulier ou au pluriel ? L'emploi du pluriel, par exemple « les organisations de santé », fait référence aux multiples entités qui constituent le phénomène organisationnel tel que nous le construisons pour le faire intervenir dans nos observables à ce niveau de généralité. Nous désignons donc dans cet exemple précis l'ensemble des entités finalisées prenant part au système de santé, c'est-à-dire les établissements de soin, les organismes nationaux ou locaux participant à l'élaboration ou la mise en œuvre des politiques publiques de santé, les sociétés savantes, et toute autre entité organisée que nous avons identifiée comme agissant dans les dynamiques de rationalisation que nous cherchons à étudier. L'emploi du singulier désigne quant à lui une catégorie conceptuelle – en construction dans les approches dans lesquelles nous nous inscrivons. Cette catégorie désigne un niveau intermédiaire de structuration sociale, *reliant* l'ici et le maintenant des interactions locales, *avec* l'ailleurs – temporel et spatial – agissant.

Ces premières clarifications étant effectuées, nous proposons de nous pencher de façon plus précise sur les approches inscrites explicitement dans le champ de la communication organisationnelle. À partir d'un autre travail également très proche de nos préoccupations et très récent (Swiderek, 2014), qui propose un parcours complet des paradigmes de la communication organisationnelle en France et à l'international, nous avons fait le choix de porter notre attention sur deux courants de périmètre très différent mais dont les perspectives convergent de façon importante. Nous souscrivons à la démarcation des conceptions instrumentales de la communication que ces deux ensembles théoriques effectuent, et proposons à partir de ce parti pris d'interroger les relations conceptuelles « communication - organisation » que portent ces approches.

2.1.1.1 DANS LES APPROCHES CONSTITUTIVES

Les approches constitutives, ou *CCO*, qui signifie « communication constitutive de l'organisation », sont un ensemble de courants en communication organisationnelle d'origine nord-américaine mais dont la diffusion est internationale. L'hypothèse de départ des chercheurs s'inscrivant dans cet ensemble théorique est la suivante : « *la communication serait constitutive du mode d'être et d'agir des organisations (et de tout collectif en général)* » (Cooren et Robichaud, 2011, p. 141). Avant de questionner plus précisément les façons de penser les relations entre communication et organisation dans ces courants, précisons succinctement les ancrages épistémologiques dans lesquels se positionnent ces travaux. Cooren et Robichaud (2011) identifient C. Barnard (1938), M.P. Follett (1941), G. Tarde (1895) et K. Weick (1995) comme étant des auteurs ayant influencé la fondation et le développement des approches constitutives. À partir de l'état de l'art établi par Swiderek (2014), nous relevons de façon synthétique un ensemble de postulats caractérisant ces approches, respectivement :

- il y a *organisation* dès qu'il y a des personnes capables de communiquer, prêtes à participer à une action collective pour atteindre un objectif commun (Barnard) ;
- les relations produites dans l'interaction présentent un aspect dynamique et co-construit (Follett) ;
- on peut comprendre un ensemble organisé au travers des interactions, des échanges, des communications qui l'incarnent et l'actualisent (Tarde) ;
- l'organisation n'est pas envisagée comme un objet ni comme un système mais comme un processus d'*organizing*³, qui désigne un processus continu de médiation au travers duquel s'articulent les expériences humaines et leur environnement (Weick).

L'accent est donc mis ici sur la dimension processuelle de l'*organisation*, où la communication est envisagée dans une relation qualifiée de *constitutive*. Dans un article très récent de la revue *Management Communication Quarterly*, D. Schoeneborn et S. Blaschke proposent une contribution particulièrement pertinente pour tout chercheur aux prises avec des questionnements épistémologiques et terminologiques portant sur le concept d'*organisation* dans le champ de ses approches communicationnelles anglo-saxonnes (Schoeneborn *et al.*, 2014). L'article se présente sous la forme d'entretiens croisés, donnant la parole à trois courants, trois « écoles » des approches *CCO*, les invitant à se positionner relativement à leurs conceptions de l'organisation, de la communication, entre autres ; et se termine par leur comparaison systématique. Nous retiendrons pour le moment de cette contribution uniquement les éléments nous paraissant pertinents, relatifs à l'ancrage épistémologique et à la relation communication - organisation, qui y sont traités. Le premier élément que nous souhaitons souligner est relatif à la position épistémologique soutenue par un des trois courants, « l'École

3. Cooren et Robichaud (2011) proposent de traduire *organizing* par « processus organisant » pour rendre compte de la dimension processuelle de la notion d'organisation, qui est confondue avec celle d'état organisé dans le terme français.

de Montréal » : F. Cooren emploie le terme de « relational epistemology » pour qualifier un corpus de travaux relevant de la théorie pragmatique – en convoquant les noms de C. S. Peirce et J. Dewey. Il explicite cette position de la façon suivante : « *Investigating something – whether that is human interaction, atomic particles, or biological organisms – consists of engaging with or getting in contact with these objects, which act on us as much as we act on them.* »⁴ (Schoeneborn *et al.*, 2014, p. 288). Le second élément sur lequel nous souhaitons nous arrêter concerne explicitement le lien communication – organisation, et ce même article propose dans son analyse systématique de synthétiser les trois courants CCO de la façon suivante :

- Schoeneborn considère comme commun aux trois courants CCO suivants une conception de l'organisation comme n'étant pas donnée *a priori*, mais émergeant et étant reproduite comme un réseau entremêlant des événements ou processus communicationnels. L'organisation est vue comme une entité processuelle.
- L'École de Montréal, dans la perspective de l'auteur, souligne les propriétés organisantes de la communication. Toutes sortes d'actes de langage peuvent donner naissance à l'organisation. L'organisation y est à la fois vue comme une entité transactionnelle (un collectif communicant identifiable) et comme processus imbriqué (un réseau de communication auto-organisant).
- Le « Four-Flows Model » [CITE] implique la constitution de l'organisation au travers de quatre flux de communication conjoints (*membership negotiation; organizational self-structuring; activity coordination; institutional positioning*). Dans ce modèle, quatre types de processus de communication sont identifiés. Leur imbrication peut expliciter différents aspects de l'organisation. Dans cette approche, l'organisation *résulte* des processus de communication.
- La dernière école identifiée par Schoeneborn *et al.*, *Theory of Social Systems*, est caractérisée par un constructivisme radical, du point de vue épistémologique. L'organisation y est envisagée comme un organisme autopoïétique⁵, et ne peut émerger que lorsque la communication est orientée vers la décision.

Après avoir présenté ces différentes approches voisines et discuté de leurs différences parfois subtiles, il est nécessaire d'examiner les éléments qui nous paraissent saillants, en vue de déterminer ce que nous retenons dans la suite du travail. Tout d'abord, du point de vue des orientations épistémologiques de ces différents courants, la position de l'École de Montréal nous paraît proposer l'option la plus satisfaisante. La conception du social qui y est retenue, où les ensembles organisés sont envisagés à partir des interactions qui les produisent – c'est-à-dire la position issue des travaux de G. Tarde – nous paraît s'inscrire de façon adéquate dans l'approche intégrative que nous avons retenue. Il s'agit donc bien ici de comprendre

4. « *Enquêter sur un objet – qu'il s'agisse d'interactions humaines, de particules atomiques, ou d'organismes biologiques – consiste en un engagement avec ou une prise de contact avec ces objets, qui agissent sur nous autant que nous agissons sur eux.* » (Notre trad.)

5. Conception métaphorique empruntée à la biologie cellulaire et appliquée au monde social.

des processus d'un haut niveau de généralité à partir d'interactions locales. Les quatre courants présentés ici partagent toutefois un ancrage épistémologique relevant des approches socioconstructivistes selon la catégorisation de Bouillon (2013), à différents degrés. Nous ne souhaitons pas nous inscrire dans ce type de débats dont la portée dépasse largement notre projet. Cependant, il nous paraît important de souligner que nous retenons la perspective pragmatique partagée par ces approches, où l'on s'intéresse à la production de l'organisation dans les interactions. Du point de vue de la façon d'envisager le lien communication organisation, les différentes approches offrent des perspectives qui sont toutes intéressantes, mais où nous ne souscrivons pleinement qu'au soubassement commun qu'elles partagent, à savoir la relation constitutive qu'entretiennent communication et organisation. La position forte consistant à considérer la communication comme organisante par opposition à une approche d'une organisation communicante nous paraît également importante à mentionner et à retenir afin de préciser notre positionnement. Ce dernier point nous permet d'affirmer de façon plus nette la dimension processuelle qui retient notre attention au détriment d'approches qui tendraient à réifier l'organisation.

Plus largement, quelles sont les implications quant à l'usage de ces approches dans notre projet? Selon les courants présentés, le positionnement va se faire en termes d'approche langagière, discursive, interactionnelle, favorisant les situations de communication, ou encore en termes de processus. La focalisation sur la dimension langagière, l'analyse de discours, ou sur des flux communicationnels définis implique une problématisation spécifique et convoquant des cadres théoriques propres à ce type d'approches, dont l'articulation avec une tentative intégrative peut être délicate. En effet, il peut être difficile de rabattre la totalité de la réalité organisationnelle envisagée sur des situations uniquement langagières, en particulier lorsqu'on dispose d'observables aussi divers que des dispositifs législatifs ou des situations d'interprétation collective d'images médicales. Cependant, les approches CCO offrent des outils théoriques très pertinents pour envisager les phénomènes communicationnels. Les travaux de F. Cooren, et la notion de *dislocation* en particulier, ouvrent la porte à la mise en perspective d'observables communicationnels selon différents niveaux et dimensions, et peuvent constituer une des stratégies envisagées pour « *bridge the micro-macro gap* » (Cooren et Fairhurst, 2009).

Enfin, nous souhaitons souligner la pertinence des approches nord américaines dont les travaux sur l'*organizing* s'efforcent de penser la dualité de l'organisation, entendue comme effet et comme processus (Vásquez et Marroquin, 2008). Il est important de préciser ici que si notre recherche posait la notion d'organisation de façon centrale, et ambitionnait d'apporter une contribution à la pensée des relations entre communication et organisation, il aurait été essentiel de nous appuyer de façon bien plus importante sur ces cadres théoriques. Or, la singularité de la démarche que nous entreprenons ici, outre celle de tenter de nous inscrire dans une approche intégrative et d'articuler effectivement des processus « disloqués », est de placer les technologies qui équipent l'activité au centre de nos préoccupations théoriques et méthodologiques. Nous terminons donc ici notre présentation générale des approches constitutives, pour interroger un second ensemble de travaux avant de nous intéresser de façon plus précise à la question des technologies.

2.1.1.2 DANS LES APPROCHES COMMUNICATIONNELLES DE L'ORGANISATION

Le second courant au travers duquel nous souhaitons interroger communicationnellement l'organisation est le courant des *Approches Communicationnelles des Organisations* (ACO). Il s'agit davantage d'un ensemble de travaux, d'un champ en cours de constitution, d'un projet scientifique en cours d'élaboration, que d'un courant à proprement parler. Développé en France depuis le début des années 2000, il se positionne de façon assez proche du courant CCO, au sens où la relation de constitutivité envisagée entre communication et organisation y est également présente de façon centrale, même si elle n'est pas explicitée dans des termes identiques (Swiderek, 2014).

Les spécificités des ACO, par rapport aux approches CCO, ne se positionnent donc pas dans une controverse épistémologique. La démarche se singularise de différentes manières. Nous retenons en particulier la précaution que formule Bouillon (2009), où il s'agit, selon les termes de l'auteur, de ne pas « dissoudre » l'organisation dans la communication. En effet, la reconnaissance de la communication comme constitutive de l'organisation, tendant à devenir un paradigme dominant dans les approches contemporaines en Europe et en Amérique du Nord, ne doit pas s'affranchir d'une interrogation de l'organisation dépassant le niveau des interactions, et ce afin de monter en généralité dans l'analyse. Bien que notre travail ne souhaite pas se positionner à ce niveau de débat, nous reconnaissons cependant, comme nous l'avons déjà évoqué dans le premier chapitre, que la façon dont notre problématique est construite rend nécessaire ce positionnement.

La proposition faite par les tenants des ACO invite à considérer, outre la dimension constitutive, les différentes dimensions communicationnelles, qui, imbriquées, permettent de saisir des processus agissant dans toute l'épaisseur de l'organisation. L'imbrication est ici essentielle. En effet, alors qu'une lecture un peu trop rapide de la proposition théorique faite par les auteurs portant ce courant pourrait entraîner à opérer un découpage en niveaux d'analyse que l'on viendrait plaquer sur des situations empiriques; il est nécessaire de se montrer précautionneux et de bien saisir la distinction que formule Bouillon (2013) entre les « dimensions » et les « niveaux ». Les « dimensions » permettent de concevoir la pluralité des phénomènes communicationnels qui participent à la production de l'organisation. Ces dimensions ne sont pas dissociables. Elles interviennent conjointement dans différents observables. Concrètement, à partir d'observables comme celui de notre réunion de concertation de médecins, il est possible de développer une analyse relevant des chacune des dimensions communicationnelles. Quant aux « niveaux », ils sont devenus des « registres » dans les travaux les plus récents Bouillon (2013). Ils désignent les formes que prennent les phénomènes communicationnels tels qu'ils sont observables par le chercheur. Dans ce cas, ils peuvent effectivement être dissociés dans une démarche empirique, mais il s'agit ici d'une catégorisa-

tion d'ordre méthodologique servant à qualifier des observables communicationnels, et non des catégories d'analyse.

Ces précisions étant faites, elles nous permettent de repositionner le chantier entrepris dans le cadre des ACO, en renouvelant les perspectives d'approche des processus organisants dans et par les phénomènes communicationnels qui les produisent. Alors que les premiers travaux laissaient entrevoir le potentiel de développement de ces approches, comme le décrivent Taylor et Delcambre (2011), les récents développements apportés par J.-L. Bouillon (2013) permettent de positionner ces travaux au regard de leur ambition, tout en reconnaissant par ailleurs leurs limites, résidant en particulier dans le fait que les approches intégratives pour lesquelles ils militent demeurent aujourd'hui largement à construire. Mais c'est la tentative de répondre aux ambitions de ce programme de recherche qui mérite d'être véritablement mise en œuvre. Pour ce faire, une problématisation transversale basée sur un phénomène de rationalisation se manifestant dans divers espaces organisationnels se prête particulièrement bien à l'exercice.

Dans le programme ACO, le lien communication – organisation n'est pas une thématique centrale de l'analyse. En fait, et comme son nom l'indique, il s'agit d'*approcher communicationnellement* les phénomènes organisationnels, et non d'étudier « la » communication. Le contexte institutionnel dans lequel ce cadre prend place, qui est celui des sciences de l'information et de la communication en France, peut expliquer les ressorts de cette démarche : *approcher communicationnellement* des phénomènes n'implique pas forcément d'étudier « la » communication. C'est dans cette logique que s'inscrivent les travaux ACO, et c'est également dans celle-ci que nous positionnons ce travail. Cependant, il existe bel et bien une convergence épistémologique relative au lien constitutif entre la communication et l'organisation. Dans les ACO, cette relation constitutive se manifeste dans le postulat de départ formulé par les chercheurs : « *Appliquées aux organisations, les approches communicationnelles cherchent à comprendre le fonctionnement et l'évolution de différents types d'entités sociales [...] par l'étude des phénomènes informationnels et communicationnels qui les traversent et les structurent.* » (Bouillon *et al.*, 2007, p. 10). Dans ce cadre, et de façon comparative avec l'ensemble de travaux regroupé sous l'appellation CCO, les outils théoriques et les stratégies heuristiques peuvent diverger de façon importante, mais nous sommes cependant toujours placés dans une forme de voisinage théorique, où le terreau épistémologique est commun.

2.1.1.3 POSITIONNEMENT DE NOTRE RECHERCHE

Quels sont les apports des deux ensembles de travaux que nous avons présentés dans ce premier point? Force est de constater dans un premier temps que ces cadres théoriques permettent de s'inscrire dans des approches socio-constructivistes – à différents degrés – de l'organisation, de l'action organisée, des processus organisants. L'originalité dont ces ensembles théoriques font preuve réside principalement dans leur tentative d'ouvrir la « boîte noire » communicationnelle, de dépasser cet impensé communicationnel souvent rencontré dans les travaux portant sur les organisations. Ces processus, par la relation constitutive de l'organisation qui leur y est conférée, y deviennent centraux, et ce sont donc ces phénomènes communicationnels qui sont amenés à constituer la plupart des observables, mais également des dimensions et catégories analytiques produites par les chercheurs.

Que retenir de ces courants dans le cadre de ce travail, et à ce stade d'avancement? Nous reconnaissons tout d'abord les éléments communs à ces deux cadres, que nous venons d'évoquer. Cependant, nous sommes davantage dans une tentative relevant du projet des ACO, qui serviront de cadre à la construction de nos objets. En effet, ce cadre de construction des objets scientifiques permet de relier les politiques publiques de santé aux pratiques des soignants, comme le stipule de façon générale l'approche intégrative; puisqu'elle permet de s'appuyer sur des outils conceptuels pertinents pour penser la question des dynamiques de rationalisation organisationnelles à partir des phénomènes communicationnels observables dans les interactions. Bien que ce cadre soit en cours de stabilisation, nous tenterons d'y apporter un éclairage nouveau à partir d'une problématique construite en des termes compatibles, et avec des éléments empiriques nouveaux. Les CCO, de leur côté, offrent des outils méthodologiques essentiels pour penser les interactions de façon plus large, nous pensons ici spécifiquement à la notion d'action dislocale et disloquée issue des travaux de F. Cooren, que nous emprunterons donc également en les replaçant dans un cadre intégratif.

D'un point de vue épistémologique, la posture inspirée des travaux de G. Tarde évoquée ou repérable dans de nombreux travaux en SIC nous paraît partiellement satisfaisante pour penser le cœur de notre travail. En somme, si l'on se contente de chercher à expliquer les relations organisantes se produisant dans des environnements de travail, il est possible de poser les bases de notre approche sur cette compréhension du social. Cependant, une telle posture peut occulter des pans entiers de l'activité si l'on ne prête attention qu'aux interactions entendues dans un sens « faible », c'est-à-dire langagier. Nous soulignons donc une première fois l'absence d'une pensée des techniques à la base de notre compréhension des phénomènes sociaux organisés.

Un autre élément important concernant notre positionnement est relatif au paradigme « relationnel » évoqué à la fois par des auteurs du courant ACO et CCO. Il est en effet indispensable lorsque le travail ambitionne de penser les relations qui donnent forme à l'organisation. Pour cela, J.-L. Bouillon (2013) y consacre un développement important (pp. 71–73), dont nous retenons les éléments suivants, auxquels nous souscrivons :

- ce paradigme est constitutif des approches communicationnelles de façon générale ;
- on se base sur une conception anthropologique de la constitution du sujet dans et par l'intersubjectivité ;
- les énoncés n'ont pas de valeur absolue, ils sont reconstruits et réinterprétés en permanence ;
- les techniques de communication permettent le déroulement de l'échange, stabilisent des médiations tout en ouvrant de nouvelles opérations interprétatives et productrices de significations ;
- les phénomènes de communication sont marqués par une irréductible incertitude.

Notre positionnement relatif à ces deux ensembles théoriques est à présent clarifié. Notre travail se distingue cependant de ces approches sur plusieurs points. Tout d'abord, il convient de préciser que notre problématique et notre recherche ne questionnent pas les organisations en tant qu'entités rationalisées et finalisées. Nous cherchons à comprendre des recompositions de pratiques professionnelles se produisant au sein de ce type d'entités, pratiques qui participent à produire l'organisation. Notre propos porte donc davantage sur les processus organisants, mais dont la dimension organisante en tant que telle ne figure qu'un des aspects d'un questionnement bien plus large. Par ailleurs, la focale est placée sur les associations socio-techniques, avec une conception très étendue des interactions, qui dépassent donc une acception « faible » qui se réduirait au langagier ; en accordant donc une attention importante à l'action constituée et équipée par des technologies variées. Il s'agit donc de comprendre les phénomènes de rationalisation par les pratiques et les techniques qui agissent, observables dans les activités informationnelles et communicationnelles. Cette forme d'attention que nous accordons aux technologies rend nécessaire une interrogation des cadres existants et usuellement mobilisés dans ce type d'approches.

2.1.2 QUESTIONNER LES TECHNOLOGIES DANS LES ACO

Après avoir exposé la façon dont nous souhaitons approcher communicationnellement l'organisation et les processus organisants, il est maintenant nécessaire de nous pencher sur un des axes principaux de notre travail et de notre problématique. Nous l'avons vu dans le premier chapitre, la question des technologies, entendue dans une conception très large, est centrale dans notre travail puisqu'elle assure quasiment à elle seule la robustesse de la construction théorique et méthodologique. En effet, l'hypothèse sur laquelle se base notre travail est la suivante : il est possible de contribuer à l'analyse des rationalisations organisationnelles en suivant les technologies qui agissent dans les interactions professionnelles, équipent l'activité des soignants et participent à produire l'organisation. L'hypothèse ici est donc double : l'organisation est *produite et/ou observable* par des actions et interactions équipées de technologies.

À partir de là, il nous faut prendre en compte un enjeu transversal à ce type d'approches en sciences de l'information et de la communication, consistant à nous démarquer de deux types de déterminismes qui pourraient intervenir, technologique ou social (Carayol, 2004). Un déterminisme social d'une part, qui pourrait nous inciter à envisager la production de l'organisation comme une construction sociale « pure », se rangeant ainsi dans un programme socioconstructiviste fort, auquel nous ne souscrivons pas ; et d'autre part un déterminisme technologique qui viendrait se positionner dans une approche essentialiste de la technique pour en inférer la production de pratiques et de réalités sociales dont les modes de production peuvent être étudiés de façon bien plus large et exhaustive. Dire cela, c'est, d'une certaine manière, affirmer notre positionnement dans un second ensemble de travaux en sciences de l'information et de la communication, que Taylor et Delcambre (2011) ont nommé le « paradigme socio-technique ».

Un ensemble de recherches menées au CERTOP en sciences de l'information et de la communication ont été identifiés par Taylor et Delcambre comme suffisamment significatives pour constituer ce « paradigme socio-technique », les auteurs faisant explicitement référence aux travaux de A. Mayère et A. Roux (Taylor et Delcambre, 2011, p. 29). Les particularités évoquées par Taylor et Delcambre concernent principalement l'attention portée à l'analyse des systèmes informationnels et communicationnels, où les points de focalisation sont placés sur les technologies de l'information et de la communication instanciées dans l'activité ; mais également sur la dynamique de transformation à l'œuvre dans les organisations étudiées. Les recherches conduites par de Terssac *et al.* (2007), Roux (2007), Mayère *et al.* (2013), Mayère *et al.* (2012) ou les travaux doctoraux de Hémond (2011), Bénéjean (2013), et Swiderek (2014) rendent compte des différentes démarches entreprises dans ce paradigme, où la prise en compte des technologies se produit parfois dans une interdisciplinarité « forte », comme en témoignent

les travaux de Marrast (2010). Cet ensemble de travaux cherche donc à mettre en évidence les dimensions organisante, informationnelle, communicationnelle des technologies qui équipent l'activité. Pourtant, les objets de notre recherche ne sont pas positionnés de façon aussi évidente. Les réalités techniques agissant dans l'organisation sont diffuses et diverses, et nous postulons qu'elles contiennent une dimension organisante qui ne se donne pas à voir de façon évidente. Ceci nous paraît donc justifier un examen plus précis de l'articulation telle qu'elle est pratiquée dans le champ de la communication organisationnelle.

2.1.2.1 TECHNOLOGIES ET PROCESSUS ORGANISANTS : RELIER LES REGISTRES COMMUNICATIONNELS

S'intéresser aux technologies en sciences humaines et sociales ne constitue pas à proprement parler une approche nouvelle ni originale. Depuis longtemps maintenant, les objets – les non humains – ont fait leur apparition, ou leur « irruption » dans nos champs d'investigation, pour reprendre l'expression de Callon et Law (1997). Il convient cependant d'explicitier ici la façon dont ce questionnement vient s'articuler avec le cadre théorique en construction.

L'objet dont traite cette thèse réside précisément dans un espace scientifique dont l'approche reste encore délicate dans de nombreuses disciplines, à savoir travailler dans une même dynamique des processus qualifiés de « macro » et des interactions qualifiées de « micro ». Il ne s'agit ici ni de chercher à expliquer le « macro » à partir des interactions, ni de chercher comment ce « macro » influencerait dans les interactions. La posture que nous adoptons cherche précisément à éviter ces deux positions, qui nous empêcheraient de penser ce qui nous intéresse, à savoir les conditions de production du raisonnement médical collectif.

Les approches constitutives du champ de la communication organisationnelle, les « CCO » et « ACO », permettent de tenir ce positionnement, en faisant appel à une autre approche qui vient s'y intégrer, que Cooren et Fairhurst appellent « la thèse de l'association », ou la « position symétrique » de Latour (Cooren et Fairhurst, 2009, p. 129). Ces auteurs mobilisent la théorie de l'acteur-réseau et son principe de symétrie généralisée Latour (2006a) pour suivre les chaînes d'associations socio-techniques qui font tenir les dynamiques organisationnelles dans le temps et l'espace. À partir d'observables solidement ancrés dans la « terre ferme des interactions » (Cooren, 2006), c'est la nature hybride de l'action, distribuée entre humains et non humains, qui permet alors de dépasser l'« ici et maintenant » pour accéder à des espaces organisationnels absents mais néanmoins agissants.

La façon dont nous approchons l'organisation et l'*organizing* implique de porter toute notre attention aux technologies, puisqu'elles sont le moyen qui nous permet, à partir d'observables interactionnels de « *scale up from interactions to organization* », pour reprendre les termes de Cooren et Fairhurst (2009). Mais comment se saisir de façon heuristique de la question des technologies dans un environnement organisationnel peuplé de technologies contribuant à l'action, et à son prolongement dans d'autres temporalités et d'autres espaces ? Nous proposons de suivre l'invitation de Mayère (2010) à mobiliser Simondon (1958) pour ce faire. La position de Simondon, dans son *Mode d'existence des objets techniques*, consiste en une invitation à penser conjointement sociétés humaines et techniques, sans procéder à une distinction ontologique, qui empêcherait de penser les relations qui nous intéressent en premier lieu. Simondon définit dès les premières lignes de l'ouvrage les objets techniques

comme étant soumis à une *génèse*⁶ : « *l'objet technique individuel n'est pas telle ou telle chose, donnée hic et nunc, mais ce dont il y a génèse.* » (*Ibid.*, p. 20). Il les différencie donc ici des objets qui n'ont pas été élaborés en vue d'un usage.

Dans le champ des technologies de l'information et de la communication, A. Mayère (2010), en suivant Simondon, propose de considérer une nouvelle partition des technologies qui nous intéressent. La matérialité ne peut suffire, comme le montre Simondon, pour se voir attribué le statut de technologie. Mayère propose donc de considérer les technologies communicationnelles selon deux grands ordres : les *objets techniques* et les *méthodes*. Bien que nous ne retenions pas cette partition dans notre propre travail, il est important de garder à l'esprit que lorsque nous employons le terme générique de *technologie*, nous faisons référence aussi bien à des objets matériels qu'à des procédures, textes, règles, etc. En cela, suivre les différentes formes technologiques qui participent aux processus organisants implique de prêter attention à un très grand nombre d'objets concrets, et de les suivre dans les différents espaces organisationnels. Pour reprendre la double distinction opérée par Bouillon (2013), il s'agit d'examiner comment les technologies agissent dans les différents registres organisationnels empiriques (les discours, les processus, les interactions), afin d'éclairer la façon dont celles-ci permettent : (1) de relier ces différents *registres*, d'y trouver des cohérences ou des dissonances, et (2) de donner à voir comment l'analyse des *dimensions* communicationnelles peut être éclairée lorsqu'on cherche à analyser des dynamiques globales telles que celle de la rationalisation. La présence des dispositifs technologiques en tous points d'entrée empiriques permet, selon nous, en procédant à une analyse fine des logiques qui les constituent, à éclairer l'articulation des différents registres et des dynamiques globales organisationnelles.

6. La notion de *génèse* développée par Simondon n'est pas entendue dans une acception de sens commun mais dans une démarche philosophique cherchant à interpréter les relations entre l'homme et son milieu, où la *génèse* désigne un processus de résolution de tension donnant naissance à une structure dépassant des incompatibilités internes. (*Ibid.*, p. 154-155)

2.1.2.2 SCRIPTS ET ARCHITEXTES : ENTRE APPORT MÉTHODOLOGIQUE ET CHOIX THÉORIQUE

Initialement développée par Akrich et Latour (Akrich, 1987 ; 1992, Latour, 1992), la notion de *script* remet en question la vision strictement fonctionnaliste de la technologie. La proposition qui est faite consiste en la description des rôles variés des technologies artefacts selon leurs contextes d'usage. Selon ces auteurs, les technologies possèdent des *scripts* dans le mesure où elles peuvent *prescrire* les actions des acteurs impliqués. Verbeek illustre cette notion en soulignant que, par exemple, un gobelet en plastique *demande* à être jeté après usage, alors qu'une tasse en porcelaine *demande* à être lavée en vue d'une réutilisation ultérieure (Verbeek, 2006). Les scripts constituent en fait le produit des *inscriptions* faites par les concepteurs. Ces inscriptions sont donc la concrétisation de leurs anticipations des modalités d'interaction entre les utilisateurs et les objets.

Madeleine Akrich, dans l'article « *Comment décrire les objets techniques* » (Akrich, 1987), qui a fait date, précisait d'emblée la portée de l'entreprise scientifique portée par le CSI, à savoir montrer comment : « *les objets techniques ont un contenu politique au sens où ils constituent des éléments actifs d'organisation des relations des hommes entre eux et avec leur environnement.* » (*Ibid.*, p. 49). L'auteur propose deux exemples célèbres illustrant l'analyse proposée. L'un deux, presque devenu un « cliché » pour Callon et Law (Callon et Law, 1997), concerne le fameux article de Winner sur le pont de Long Island (Winner, 1980). En effet, une chaîne d'actions, initialement exposées par Winner dans son article « *Do artifacts have politics* » (Winner, 1980) est devenu exemplaire pour approcher la notion de script. Un urbaniste New Yorkais, Robert Moses, devait réaliser une voie rapide entre la ville et Long Island. Or, il se trouve que l'urbaniste avait des tendances avérées au racisme, envers les Afro-Américains et plus généralement envers les personnes à faibles revenus. Désirant réserver l'accès aux plages aux foyers d'ethnies européennes, il conçut alors une architecture dans laquelle cette discrimination serait inscrite. Tout simplement, il fit construire des ponts au dessus de la voie rapide, assez bas pour empêcher tout passage d'autobus, mais laissant passer toutefois les véhicules individuels. Callon et Law analysent ces chaînes de traduction successives. Dans une première séquence, nous sommes en présence de l'urbaniste d'un côté, et d'une population citadine indéterminée, pouvant être vue comme une collection d'individus. Dans la seconde séquence, un nouveau groupe émerge : celui des pauvres, souvent noirs, qui se voient refuser l'accès à Long Island. Callon et Law soulignent ici que l'urbaniste et les politiques discriminatoires peuvent disparaître, alors que les ponts continuent d'appliquer implacablement la politique discriminatoire impulsée par l'urbaniste. Dans une troisième séquence, plusieurs décennies plus tard, les voitures se sont démocratisées, faisant disparaître le groupe dont l'accès aux plages était refusé. Ce qui est fondamental dans cet exemple, c'est qu'au cours des chaînes de traduction successives, le collectif des Afro-Américains New Yorkais varie avec les associations

qui le constituent; et que dans ces associations, les infrastructures routières, les hauteurs des bus, des voitures, les ponts, jouent un rôle aussi important qu'une politique discriminatoire d'un urbaniste. L'action de l'urbaniste, pour advenir, « *se prolonge dans des entités qu'elle met en forme [...] et qui à leur tour agissent, débordant – tout en relayant – l'action initiale à laquelle elles ne sauraient être pourtant purement et simplement réduites.* » (Callon et Law, 1997, p. 107). Cette notion permet donc de souligner la capacité des non humains à relancer, prolonger, contribuer à l'action, en tenant compte de leur matérialité, principalement. Initialement issue des *Science & Technology Studies*, cette notion est très proche d'une autre, développée dans le champ des Sciences de l'Information et de la Communication, qui est celle d'*Architexte*.

La notion d'*Architexte*, dans l'acception qui nous intéresse, a été initiée par Yves Jeanneret et Emmanuel Souchier (Jeanneret et Souchier, 1999). Cette notion s'attache davantage à décrire et analyser les technologies de l'information et de la communication sous la forme d'écrits informatisés. Les auteurs définissent la notion d'*Architexte* de la façon suivante :

« *Nous nommons architextes (de archè, origine et commandement), les outils qui permettent l'existence de l'écrit à l'écran et qui, non contents de représenter la structure du texte, en commandent l'exécution et la réalisation. Autrement dit, le texte naît de l'architexte qui en balise l'écriture.* » (*Ibid.*, p. 103) ;

et emploient également le syntagme « *écritures de l'écriture* » (*Ibid.*, p. 105) pour les désigner. Nous avons donc dans cette notion l'idée d'un environnement technologique numérique, venant contraindre et mettre en forme les pratiques d'écriture telles qu'elles se font sur un écran. Dix ans plus tard, le premier auteur revient sur cette notion :

« *Les architextes, ce sont des écritures de l'écriture. Quelqu'un a écrit en amont de vous les formes dans lesquelles vous allez écrire. Depuis que nous avons créé cette notion, les architextes se sont multipliés et ont montré leur extraordinaire puissance. Architextes de la mise en forme (traitement de texte, logiciel de présentation visuelle), de l'échange de correspondance (messageries, chats), de la recherche d'information (moteurs de recherche), de l'intertextualité (fil RSS), etc. Les architextes sont des objets logiciels qui industrialisent la capacité des formes écrites à configurer des pratiques [...], et instaurent à ce titre une nouvelle économie scripturaire.* » (Jeanneret, 2009, p. 8)

Nous soulignons la dernière phrase d'Yves Jeanneret, qui nous apporte deux éléments importants. Tout d'abord, la manifestation de l'architexte, en tant qu'objet concret (Davallon, 2004), se produit sous la forme d'un objet logiciel, c'est-à-dire en tant que programme informatique, écrit et conçu préalablement puis exécuté par un ordinateur. La précision apportée initialement par Jeanneret, se plaçant dans la problématique générale des *écrits d'écran* cadre le propos, inscrivant la notion dans le contexte des systèmes logiciels. Le second élément apporté par cette fin de seconde citation, concerne la question de la capacité des architextes

à mettre en forme les pratiques des acteurs, ouvrant la voie à la question de l'agentivité des acteurs non humains, étudiée dans une approche communicationnelle, que nous traiterons dans le point suivant.

Les notions de *script* et d'*architexte* nous semblent donc complémentaires, et nous paraissent pouvoir toutes deux s'adapter à nos positionnements épistémologique et théorique. Les deux notions sont par ailleurs très proches. Elles se distinguent néanmoins selon nous au cœur de l'approche méthodologique et empirique du chercheur : alors que la catégorie analytique de l'*architexte* porte sur des objets concrets visant à cadrer ou contraindre les conditions de production des formes scripturales, la catégorie du *script* s'intéresse au déroulement de l'action, et ne porte pas spécifiquement sur l'écriture. Nous revenons sur cette distinction de façon détaillée dans notre chapitre d'analyse, à partir de notre matériau empirique (Voir 6.1.2.1, p. 260).

SYNTHÈSE

À partir de ces éléments, il paraît nécessaire de prolonger le travail de construction conceptuelle en cherchant à préciser la conception de la technique et des technologies, ce qui sera l'objet de la section suivante. Il est cependant très important de procéder à un point d'étape et à une clarification de la nature des différents travaux que nous avons présentés ici, pour identifier ce qui relève de choix théoriques, d'approches méthodologiques, et de stratégie empirique.

Les travaux issus des approches CCO, ainsi que la catégorie analytique du *script* sont très fortement marqués par l'influence de la « théorie de l'acteur-réseau » (Latour, 2006a). Nous n'avons pas présenté cette théorie en tant que telle et nous souhaitons nous en expliquer ici. Comme l'expose à plusieurs reprises B. Latour, cette « théorie » n'en est pas une à proprement parler. Latour (2004) revendique d'ailleurs le statut spécifique de cette théorie, portant davantage sur la *façon* dont il est pertinent de conduire une enquête en sciences sociales, qu'une théorie *sur* le social. Ceci étant posé, nous devons reconnaître que les perspectives initiées par les travaux inscrits dans ce courant ouvrent la voie pour la construction d'une approche méthodologique visant à « *bridge the micro-macro gap* » pour reprendre l'expression de Cooren et Fairhurst (2009). Cependant, la plupart des travaux que nous avons consultés, font grand cas des considérations ontologiques qui supportent cette *théorie*, et reconstruisent nécessairement toutes les conceptions de l'action, de la communication, des pratiques et bien entendu des techniques, à partir du principe de symétrie généralisé. Ces problématiques sont extrêmement riches et pourraient amener à produire « *une théorie communicationnelle du social qui ne dit pas son nom* » pour reprendre les termes de (Bouillon, 2013, p. 57). De plus, le projet de la théorie de l'acteur-réseau s'attache à repenser le social. Ce projet dépasse largement la question de l'organisation, qui n'y est ni mobilisée ni conceptualisée de façon explicite, et qui n'est pas le niveau d'analyse retenu. Ces orientations d'ordre épistémologiques restent très éloignées des préoccupations de notre thèse. Nous avons choisi de faire appel à certaines notions robustes, comme celle de *script*, sans nous encombrer d'un bagage épistémologique et ontologique qui rendait particulièrement ardue toute tentative d'articulation avec des éléments théoriques étrangers. Les emprunts que nous opérons dans cette thèse nous paraissent donc davantage relever d'une dimension méthodologique que théorique.

Concernant la catégorie analytique de l'*architexte*, il est également intéressant de procéder à quelques précisions relatives aux travaux originels dans lesquelles cette catégorie s'inscrit. Y. Jeanneret et E. Souchier, en particulier, ont développé cette notion dans le contexte de travaux portant sur la sémiotique de l'écriture, et plus particulièrement dans celui du « *nouveau stade historique de l'écrit* » que constitue le développement de l'écriture numérique (Jeanneret et Souchier, 1999, p. 97). Ici, il est très clair que nos préoccupations divergent de façon

importante avec celles des auteurs. Bien que ces termes ne soient pas complètement étrangers à notre thèse, ils n'en constituent pour autant que des aspects qui se donnent à voir dans notre stratégie méthodologique et empirique. Nous retenons toutefois cette catégorie analytique sur laquelle nous revenons dans l'analyse de notre matériau.

Après avoir succinctement exposé dans cette synthèse ce que nous ne retenons pas, il est nécessaire, en guise de conclusion, de présenter ce que nous retenons de ces apports théoriques. Afin de proposer une place de choix à la question des technologies dans les ACO, nous considérons principalement que les technologies sont une prise solide pour articuler les différents observables, et les différentes dimensions analytiques. C'est un parti-pris théorique fort de cette thèse, qui comprend également une dimension méthodologique. En nous inscrivant dans le paradigme socio-technique en communication organisationnelle (Delcambre, 2008), nous cherchons à éclairer les modalités de production de l'organisation à partir des technologies qui les équipent. Un second parti-pris, issu de courants cités ici, est celui de « *suivre les yeux et les mains de ceux qui savent* » (Latour, 1985), où les pratiques professionnelles des médecins et les technologies qui y sont mobilisées permettent de constituer les observables et les objets de la recherche.

2.2 PENSER LA TECHNOLOGIE ENTRE COMMUNICATION ET ORGANISATION

Cette seconde section est un passage important dans la construction des outils conceptuels de la recherche. En inscrivant la thèse « TAC⁷ » dans le champ des études organisationnelles, il s'agit également de procéder à des éclaircissements à la fois terminologiques et épistémologiques. Nous l'avons vu, les objets de la recherche ainsi que la démarche que nous adoptons se situent dans une tentative d'hybridation disciplinaire et conceptuelle. Afin de maintenir une construction scientifique cohérente, il est nécessaire de démontrer la congruence des différentes approches que nous mobilisons, et dans certains cas d'explicitier des nuances et des subtilités que nous introduisons dans la façon dont nous saisissons des concepts.

La première sous-section cherche à expliciter l'acception que nous retenons de la *technique* et de la *technologie*, en nous appuyant sur un ensemble de travaux rassemblés sous l'appellation de « TAC », que nous présenterons de façon synthétique. La seconde partie de cette section cherche à approfondir l'articulation « technologies – organisation » en ré-interrogeant les conceptions de l'organisation traitées dans la section précédente à la lumière d'une acception renouvelée de la technique (2.1.2).

Nous souhaitons préciser à ce stade la direction dans laquelle est orientée cette section. Comme nous l'avons exposé dans la section précédente, nous cherchons ici à enrichir les études communicationnelles de l'organisation d'une pensée de la technique permettant de soutenir solidement une de nos hypothèses de travail. La centralité de la question des technologies dans notre problématique est effectivement liée au postulat selon lequel les associations socio-techniques permettent de penser les relations entre les différentes dimensions communicationnelles de l'organisation. Alors que l'on considère les processus de rationalisation comme une mise en œuvre, une instanciation de formes de rationalité, nous tenterons de montrer ici comment la conception de la technique que nous avons retenue permet de penser, en deux temps, la technique comme constitutive de formes de rationalité; puis la technique comme organisante. La section se termine en proposant de considérer le concept de *milieu technique* comme agencement des formes techniques participant à la production des pratiques.

7. L'acronyme « TAC » signifie « Technique Anthropologiquement Constitutive / Constituante ».

2.2.1 LA TECHNIQUE ANTHROPOLOGIQUEMENT CONSTITUTIVE / CONSTITUANTE

Interroger frontalement la « question de la technique » n'est pas chose aisée. Depuis la distinction issue de la philosophie antique entre *tekhne* et *épistémè*, accompagnant une critique d'instrumentalisation du *logos* par les sophistes, la *technique* s'est constituée en objet philosophique se prêtant à de multiples controverses tout au long de l'histoire des idées, isolée de ce fait du reste des pratiques humaines. Nous ferons cependant ici l'économie d'un parcours à vocation exhaustive de la littérature en philosophie de la technique, laissant de côté tant les considérations portant sur « l'Homme maître et possesseur de la nature » de Descartes, l'« arraisonnement » Heideggerien, que les critiques anti-essentialistes portées par des auteurs tels que A. Feenberg (2004). Il s'agit de penser la technique dans un ancrage philosophique, certes, mais également anthropologique et pragmatique. Nous tenterons donc ici, en suivant la pensée de B. Stiegler (1994 ; 1996) tout au long de notre exposé, de construire des éléments terminologiques nécessaires à la poursuite de notre travail, en avançant par strates.

Considérons dans un premier temps, succinctement, les éléments de sens commun relatifs à la *technique* et aux *technologies*. Les façons courantes d'aborder la « technique » désignent classiquement deux grands ordres de réalité. Le premier relève des modes d'action : les procédés, savoir-faire, gestes, postures, procédures, méthodes, etc. Il s'agit ici de techniques du corps, de techniques procédurales, de techniques de calcul, de techniques manuelles, ... Ce premier aspect de sens commun de la technique suppose une transmission et un développement qui s'effectuent au sein d'un milieu socialement et historiquement situé, ainsi qu'un réseau d'objets et de pratiques, lui-même technique. Le second aspect de sens commun désigne l'ensemble des médiations, inscriptions, artefacts qui soit servent de support aux techniques (en tant que mode d'action) en vue de l'atteinte d'un objectif; soit des médiations, inscriptions, artefacts qui constituent l'objectif de l'activité technique. L'ensemble qui réunit ces objets et activités peut également être envisagé comme étant une définition de « la technique », ou de façon plus précise comme « système technique » si l'on suit B. Gille ou J. Ellul en particulier.

La double dimension de ces éléments de définition ne pose pas de problème en soi. Il y est envisagé dans le même mouvement de penser les modes d'action, ce qu'ils produisent, et ce qui participe à les produire; ce qui nous paraît intéressant. La limite se situe dans un autre aspect de ces éléments terminologiques. Comme le relève P. Steiner, dans une introduction à la thèse « TAC » sur laquelle nous reviendrons, la limite de ces conceptions réside dans la conception des rapports entre homme et technique qui y sont présumés. En tentant une synthèse de ces éléments de sens commun, l'auteur explique que ces conceptions définissent la technique comme « *l'ensemble des moyens conçus, fabriqués, et utilisés par*

des agents (individuels ou collectifs, humains ou non-humains, peu importe) pour et dans la réalisation de fins posées par ces agents (que ces fins relèvent de tâches, ou ultimement d'une domination de la nature). » (Steiner, 2010, p. 11). Nous désignerons donc la technique entendue selon cette définition de base « *technique*₀ ». La technique est donc envisagée, dans ces conceptions relevant de la *technique*₀, comme cantonnée aux *moyens* de l'action, et toute la pensée de l'action technique repose sur le couple *fins / moyens*. C'est ici que se situe une limite importante de cette première définition. D'une part, cette distinction présume d'une extériorité des fins à l'action technique, et entraînerait une approche des objets techniques ordonnancée d'après les finalités que leur usage vise, ce qui ne nous paraît pas pertinent, en suivant Simondon (1958)⁸. Ce couple *fins / moyens* doit également être dépassé puisque l'extériorité des *fins* qui y est présumée implique l'impossibilité de penser des fins visées au sein de l'activité technique qui ne préexisteraient pas à ces médiations⁹.

Il est donc clair, à ce stade, qu'il est nécessaire de penser les *relations* qui lient l'Homme à la *technique*, en n'ignorant pas les dimensions sociales, culturelles, historiques que cette pensée recouvre. Pour poursuivre en ce sens, nous proposons de partir d'une nouvelle définition, que nous désignerons comme « *technique*₁ ». La particularité de celle-ci est qu'elle ne porte pas sur « la technique » dans toute sa globalité, mais s'intéresse aux objets techniques, qui n'en sont qu'un volet, mais qui, chez Simondon, présente un intérêt tout particulier¹⁰. La définition de *technique*₁ est donc la suivante : « *L'objet technique individuel n'est pas telle ou telle chose, donnée hic et nunc, mais ce dont il y a genèse* » (Simondon, 1958, p. 20). On relève donc dans un premier temps que le passage de *technique*₀ à *technique*₁ fait basculer un moyen d'action, tenu par des fins lui préexistant, vers une réalité processuelle. Cette dernière, dans la pensée de Simondon, n'est pas à étudier en partant de ses finalités, mais bien au contraire du processus de concrétisation, qui part d'une forme abstraite pour devenir une forme concrète¹¹. Dans sa dimension processuelle, on peut considérer en suivant Simondon, que l'objet technique s'adapte à son milieu, par ce processus de concrétisation. L'objet technique n'est donc ni isolé ni isolable de son « milieu associé », mais aussi à sa genèse de concrétisation.

8. Chez Simondon, une même finalité peut être accomplie par des structures très différentes, c'est au contraire par l'étude de la genèse et des processus de concrétisation des objets techniques que l'on peut en mener une étude satisfaisante.

9. Dans *Du Mode d'Existence des Objets Techniques* (MEOT), Simondon souligne que l'encyclopédisme est lié à la capacité technique de produire des livres imprimés avec des schémas (Simondon, 1958, pp. 92-93).

10. Précisons que dans le MEOT, le projet global de Simondon est de réconcilier la culture à la technique, culture qui, selon lui, se construit contre la technique. Il s'agit donc pour lui de redonner une place de choix à la technique, et donc d'étudier les objets techniques. Pour cela, Simondon va chercher à comprendre les relations entre les différents éléments qui constituent les objets techniques, la façon dont ils s'assemblent et s'enchaînent, c'est-à-dire le *mode d'existence* qui leur est propre.

11. Le processus de concrétisation désigne chez Simondon le passage d'un mode analytique où les éléments sont séparés et indépendants; à un mode concret où les éléments forment un système unifié et cohérent dans sa totalité. Il s'agit d'une modalité spécifique d'individuation dans une relation transductive (*i.e.* en dehors de la relation, aucun des termes n'existe, la relation elle-même constitue les deux pôles sans que l'un précède à l'autre.)

Avant de développer la thèse « TAC », il est nécessaire de passer par une strate supplémentaire, qui consiste en un détour anthropologique. Les travaux de Leroi-Gourhan, avec ceux de Simondon, servent également de socle à la thèse « TAC ». En plaçant la question de la « technique » dans une perspective zoologique s'intéressant à l'hominisation, les travaux de Leroi-Gourhan permettent d'apporter un nouvel éclairage à notre questionnement. Dans le premier tome d'un de ses principaux ouvrages, *Le geste et la parole* (Leroi-Gourhan, 1964), l'auteur développe une thèse fondamentale portant sur les origines de l'hominisation. Pour Leroi-Gourhan, c'est le passage à la station debout, en libérant la main et la face, qui permet le développement de ce qui constitue ces critères, à savoir la technique et le langage. Contrairement à l'idée répandue alors, le volume cérébral est, dans la thèse de Leroi-Gourhan, une conséquence du passage à la station debout et non l'origine du développement des facultés spécifiquement humaines. Toujours en suivant l'auteur, c'est la *libération* de la main et de la face qui permettra l'*extériorisation* de l'activité technique dans des objets, processus qu'il envisage comme une *exsudation* (*Ibid.*, p. 151) (Bougnoux, 2002, p. 56). Dans le second tome, Leroi-Gourhan (1969) s'intéresse spécifiquement à la mémoire, et aux outils qui permettent de conserver et transmettre le geste technique, embrassant dans son étude les *choppers* aussi bien que les programmes électroniques. De façon synthétique, Leroi-Gourhan établit donc empiriquement, dans son œuvre, que l'anthropogenèse s'accompagne d'une technogenèse. C'est cet ensemble de considérations que nous rassemblerons comme relevant de l'acceptation *technique*₂. Au regard des deux définitions précédentes, cette dernière nous permet de placer la *technique* dans une perspective du développement long de l'espèce humaine, où il n'est plus possible de dissocier l'évolution biologique de l'évolution des organes techniques.

À l'aide de l'équipement conceptuel qui vient d'être présenté, il convient désormais de questionner la thèse « TAC ». Bien que nous ayons employé le singulier depuis le début du chapitre pour désigner « une » thèse, celle-ci est en fait double, comme en témoigne le titre de la sous-section : technique anthropologiquement constitutive; technique anthropologiquement constituante. Pour présenter de la façon la plus concise possible la nuance subtile qui sépare les deux volets de *TAC*, on peut reconnaître avec P. Steiner que, respectivement : « *l'une [...] prend place à partir d'un régime de positivité historique et cognitive; l'autre s'inscrit au sein d'une réflexion philosophique d'inspiration phénoménologique* » (Steiner, 2010, p. 12). La première position tenue par *TAC*, c'est-à-dire la dimension *constitutive*, est une position *factuelle*, s'appuyant sur les travaux empiriques de Leroi-Gourhan en particulier. Elle soutient que « *le devenir-homme est passé, passe, et passera par la technique* » (Steiner, 2010, p. 26). La seconde se place dans une poursuite logique de ce premier constat, et cherche à ne pas se limiter à une approche teintée d'anthropologisme, de technicisme ou de déterminisme. Ce second volet de *TAC* utilise le verbe *constituer* au sens phénoménologique tel que le définit P. Steiner : « *La constitution est ce qui rend possible la manifestation, l'avènement ou l'apparition d'un objet, le constitué.* » (Steiner, 2010, p. 28). Pour illustrer ces considérations présentant un grand niveau

d'abstraction, on peut considérer l'intégration des outils dans les activités sensori-motrices comme dimension *constituante*, au sens où l'outil est *constituant* de l'expérience vécue¹².

Pour comprendre plus finement la thèse *TAC*, et la façon dont nous souhaitons nous y inscrire, il est nécessaire de revenir à ses origines, qui se trouvent dans la pensée de B. Stiegler¹³. Jusqu'ici, nous avons basé notre propos sur l'examen successif de plusieurs façons d'envisager la technique. La thèse *TAC* se construit sur une critique et un prolongement de *technique*₁ et *technique*₂.

Nous avons tenté de proposer une lecture succincte de la perspective simondonienne de la technique avec *technique*₁. Dans *technique*₁, Simondon insiste sur la dimension cruciale de la genèse des objets techniques, qui *s'individuent* par processus de concrétisation – processus qui est une forme spécifique de *transduction* – et tendant à l'organisation. Or, dans un autre texte (Simondon, 2005), l'auteur reprend cette notion d'individuation dans une relation transductive, mais en s'intéressant cette fois à l'individuation psychique et collective. La critique que formule Stiegler (1998b) est donc la suivante : Simondon n'a pas articulé ces deux aspects, *technique*₁ et individuation psychique et collective. Stiegler propose donc le terme d'*épihylogenèse* pour désigner cette individuation transductive à trois pôles, cette articulation manquante dans l'œuvre de Simondon. Il en résulte que : « *ce qui permet la relation transductive du psychique et du social, c'est l'individuation technique. Dès lors, individuations psychique, sociale et technique sont inséparables* » (Stiegler, 1998b, p. 252). Nous retenons donc que c'est bien l'ajout de la dimension technique, chez Stiegler, qui permet de penser ensemble les individuations psychiques et collectives, plus particulièrement par la perpétuation de la mémoire individuelle au delà de l'individu et sa mise en commun.

Avec *technique*₂, nous avons exposé en quoi l'œuvre de Leroi-Gourhan constituait un élément du socle de *TAC*. Examinons maintenant la critique et le prolongement instruits par B. Stiegler. Si l'on repart de l'*épihylogenèse*, que B. Stiegler construit à partir de l'articulation des deux thèses simondoniennes, et que l'on considère la notion d'*extériorisation* que développe Leroi-Gourhan, nous sommes face à une limite de *technique*₂. Envisagé comme *exsudation*, le processus d'extériorisation présume une intériorité pré existante paradoxale, puisque cette extériorité permettrait à l'intérieur de se constituer. Dans les termes de Stiegler : « *Le paradoxe est de devoir parler d'une extériorisation alors même qu'il n'y a pas d'intérieur qui la précède : celui-ci se constitue dans l'extériorisation.* » (Stiegler, 1994, p.152). La notion de transduction

12. Au sens où les lunettes sont constituantes de la vue corrigée, par exemple. Pour un développement plus approfondi de ces considérations, voir Havelange *et al.* (2003), Havelange (2005)

13. Nous avons choisi de nous intéresser en particulier aux œuvres de Simondon et Leroi-Gourhan, qui constituent une partie du socle de la pensée de la technique chez B. Stiegler. Un troisième auteur, J. Derrida, vient compléter le socle conceptuel de B. Stiegler. N'ayant pas eu la possibilité d'investir l'œuvre de Derrida, nous n'avons pas intégré ses travaux à notre construction, et nous basons sur la lecture qu'en fait B. Stiegler.

appliquée permet de saisir ce qui se joue ici : l'extériorisation est à la fois une intériorisation et une extériorisation, la relation constitue les termes qui ne précèdent pas celle-ci.

La pensée de la technique chez B. Stiegler ne s'en tient pas au dépassement de *technique*₁ et *technique*₂. Le propos général de Stiegler, dans *La technique et le temps* (Stiegler, 1994 ; 1996) est le suivant : montrer que la technique est constitutive de la temporalité et de la spatialité. Plus spécifiquement, B. Stiegler s'est intéressé aux technologies intellectuelles (Goody, 1979) et aux technologies de la mémoire, ou *mnémotechniques*, envisagées comme une mémoire *épihylogénétique*¹⁴. Dans cette perspective, Stiegler considère la technique comme une *spatialisation* du temps, qui est permise par cette extériorisation paradoxale.

La dernière brique de la construction conceptuelle de Stiegler et du noyau de TAC réside dans la résolution de ce paradoxe de l'extériorisation. Stiegler propose de penser la technique comme *prothèse*¹⁵ : « *La pro-thèse n'est pas un prolongement du corps humain : elle est la constitution de ce corps en tant qu'humain.* » (Stiegler, 1994, p. 162). La prothèse se définit chez Stiegler de deux façons : « ce qui est posé là », la source et l'arrivée du processus d'extériorisation, ce qui constitue l'être de ce au dehors de quoi elle se trouve ; mais elle est aussi « ce qui est posé d'avance », le passé qui est déjà là, mais aussi la prévision, c'est-à-dire le support de l'*épihylogenèse* (Steiner, 2010).

En suivant TAC, la technique est donc à la fois anthropologiquement *constitutive*, en ce qu'elle est une condition de l'hominisation, et anthropologiquement *constituante*, en ce qu'elle conditionne l'expérience humaine. C'est dans cette démarche que nous inscrivons notre conception de la technique et des technologies dont nous traiterons dans notre travail. Bien que les objets que nous construisons et dont nous traitons dans notre recherche ne soient pas envisagés dans une perspective philosophique comme c'est le cas pour une grande partie des auteurs évoqués ici, ces considérations permettent de les positionner et de les envisager dans des configurations renouvelées, et rompant de façon assez nette avec le sens commun. Pour reprendre un exemple classique, considérons la question de l'écriture dont traite Goody (1979).

Lorsque Goody qualifie l'écriture de *technologie de l'intellect*, il ne positionne pas l'écriture dans une relation de provenance avec l'intellect, mais dans une relation de constitutivité. En d'autres termes, l'écriture est une technologie qui participe à constituer l'intellect, ou du moins une certaine forme d'intellect. Cette technologie est une des conditions de production de cette forme d'intellect. Si l'on suit la pensée de Stiegler, l'écriture permet de spatialiser

14. À partir de Leroi-Gourhan (1969), Stiegler distingue trois types de mémoire : génétique (le génome), épigénétique (la mémoire nerveuse), et épihylogénétique (l'ensemble des artefacts constituant une mémoire *non vécue* qui est propre à l'humain).

15. Pour des développements sur cette thématique précisez voir Gout (2011 ; 2012)

un flux cognitif temporel par son extériorisation dans un artefact. Cette spatialisation dans un artefact permet par ailleurs sa mise en commun, sa communicabilité, dans un milieu différent de celui soumis à la temporalité du flux de l'oralité ou de la pensée. Mais ce qui retient particulièrement notre attention – avec celle de Goody – c'est la production d'une nouvelle forme de rationalité, que l'auteur nomme la *raison graphique*. En développant une pensée de la technique inscrite dans une perspective ouvrant à la fois la porte à des analyses anthropologiques, philosophiques, cognitives, et sociales, Stiegler et plus généralement les tenants de la thèse *TAC* offrent une possibilité de penser ces *extériorités* de la raison (Bougnoux, 2002).

2.2.2 DE LA TECHNIQUE CONSTITUTIVE / CONSTITUANTE À LA TECHNIQUE ORGANISANTE

Les premiers éléments terminologiques de ce chapitre étant posés, et la pensée de la technique dans laquelle nous nous inscrivons étant précisée, il s'agit maintenant de poursuivre en nous attachant à intégrer tous ces éléments dans un ensemble de nouvelles préoccupations. Nous faisons ici référence à l'« organisation », et à l'ensemble disciplinaire dans lequel nous nous situons : la communication organisationnelle. Cette sous-section est pensée comme une suite de la précédente, et aura pour objet – ici encore – d'établir des précisions épistémologiques et terminologiques portant sur le concept d'*organisation*.

Avant de questionner l'*organisation* en tant que telle, rappelons l'objectif de cette section, qui est d'inscrire la thèse TAC dans le champ de la communication organisationnelle. Il s'agit donc ici de préciser les éléments terminologiques que nous retenons afin de pouvoir travailler avec des concepts congruents dans la section suivante, où il sera spécifiquement question de la façon dont nous nous inscrivons dans ce champ de recherches. Jusqu'ici, nous avons à notre disposition une conception de la *technique* très étendue, très particulière, et assez peu usitée à ce niveau de précision dans notre champ. Le travail d'acclimatation nécessaire à son usage demande cependant de procéder à une extension importante, puisque, dans TAC, la question de l'*organisation* n'est pas travaillée au sens où nous l'entendons.

Lorsque le terme *organisation* est mentionné dans ces travaux, il s'agit généralement¹⁶ d'une forme très abstraite d'organisation, ce qui n'est pas particulièrement surprenant, s'agissant principalement de recherches philosophiques. Dans le volet anthropologique de la thèse de la constitutivité de la technique, le terme s'applique généralement aux artefacts, toujours à partir de la lecture de Simondon et Leroi-Gourhan par Stiegler (1994 ; 1998a) que nous avons déjà discutée. Dans ces deux références, Stiegler expose la façon dont les concepts apportés par Leroi-Gourhan permettent de penser un troisième « règne », venant compléter les deux autres communément admis depuis le V^e siècle avant notre ère : le « règne » des êtres organiques – *i.e.* le vivant – et celui des êtres inertes – *i.e.* les minéraux. L'auteur propose alors : « *Ce nouveau "règne", qui a été ignoré aussi bien par la philosophie que par les sciences, c'est le règne de ce que j'appelle les êtres inorganiques (non-vivants) organisés (instrumentaux).* » (Stiegler, 1998a, pp. 188-189). L'organisation y est entendue comme une capacité, une tendance, de la technique à organiser la matière inerte, ou pour reprendre les termes de l'auteur, à poursuivre la vie par d'autres moyens que la vie.

16. On y trouve également de nombreuses références à la notion d'auto-organisation dans certains travaux d'épistémologie des sciences cognitives, voir en particulier Havelange (2005), Steiner (2010).

Il est donc clair, à ce stade, que nous ne parlons pas de la même chose. Alors même que la pensée de la *technique* portée par *TAC* s'intègre sans poser de problème majeur dans nos approches, et offre des perspectives nouvelles pour envisager les conditions de production de rationalités dans des pratiques collectives, nous constatons que la notion d'*organisation* telle que nous cherchons à la mobiliser est absente de ce cadre théorique. Il est donc nécessaire de procéder à une articulation avec les conceptions de l'*organisation* que nous avons développées dans la section précédente, tout en gardant à l'esprit les spécificités de *TAC* pour ne pas nous en éloigner outre mesure.

Ce chapitre cherche à décrire la construction d'un cadre analytique permettant de répondre à la problématique exposée lors du chapitre précédent, et donc articuler des ensembles conceptuels hétérogènes : technologies, pratiques, organisation. Nous avons pour le moment cherché à proposer des bases épistémologiques, terminologiques et théoriques permettant de penser la question de la *technique* de façon à renouveler les angles d'approche de nos objets, tout en gardant à l'esprit la spécificité du *regard* communicationnel sur ses objets, où nous instancions cette approche en nous attachant à chercher à *penser les relations*. Nous avons construit et acclimaté une conception de la *technique* très large, dont la portée dépasse sans aucun doute nos objets, mais dont l'usage nous permet de poser de nouvelles questions. *TAC* permet de développer une pensée de la technique dans sa dimension constitutive, prothétique, de l'humain ; dans une approche mettant au premier plan des processus transductifs, qui sont certes constitutifs, mais qui sont également pensés comme des relations. Cet ancrage fort nous permet de nous situer dans des conceptions processuelles et relationnelles de l'*organisation*, dimension manquante à la thèse *TAC*. En effet, tant dans son volet anthropologique que phénoménologique, *TAC* ne pense pas les processus de construction sociale tels que nous pouvons les concevoir dans les approches dans lesquelles nous nous inscrivons, en sciences sociales. Pourtant, le concept d'*épihylogenèse* chez Stiegler laisse une porte ouverte à une approche socio technique : l'individuation psychique, technique et collective se pense comme une *relation* transductive. En ce sens, la constitutivité technique permet d'envisager la technique comme *organisante*, c'est-à-dire comme constitutive de l'émergence de l'organisation, entendue comme processus.

À partir de là, nous pouvons poursuivre la construction du cadre théorique de ce travail en cherchant à comprendre comment les processus communicationnels et les pratiques, envisagés dans toute leur technicité participent à produire l'organisation. Ces éléments seront à replacer dans une approche *intégrative*, où la technique, de par son extériorité et sa prothéticité nous permettra de retracer les associations qui relient les entités organisées et organisantes.

2.2.3 RATIONALISATION ET GRAMMATISATION

Nous disposons maintenant d'une conception solide de la *technique*, à partir de laquelle est pensée une grande partie de la thèse. L'articulation avec la question de l'organisation est également présente dans cette section, où nous avons tenté de rapprocher *constitutivité technique* et *technique organisante*. Le dernier volet de cette section cherche à développer une nouvelle articulation, qui constitue également une proposition de contribution, où nous souhaitons rapprocher un concept issu de la pensée de Stiegler portant sur la technique avec la conceptualisation de la rationalisation chez Bouillon.

2.2.3.1 GRAMMATISATION ET TECHNICISATION

Dans un premier temps, nous souhaitons expliciter le concept de *grammatisation* chez Stiegler. Comme celui-ci le mentionne dans tous les écrits où le concept est convoqué (Stiegler, 1995; 2005), le terme de *grammatisation* est emprunté à un linguiste, Sylvain Auroux (1995). Auroux consacre un ouvrage à la *grammatisation* qu'il qualifie de « *révolution technologique* ». Il définit le concept de la façon suivante : « *Par grammatisation, on doit entendre, au sens propre, le processus qui conduit à décrire et à outiller une langue sur la base de deux technologies, qui sont encore aujourd'hui les piliers de notre savoir métalinguistique : la grammaire et le dictionnaire.* » (Auroux, 1995, p. 109). Précisons le propos de l'auteur en explicitant ce qu'il entend par *grammaire*. Pour ce dernier, une grammaire contient ordinairement : (1) une catégorisation des unités; (2) des exemples; (3) des règles, plus ou moins explicites, pour construire des énoncés (*Ibid.*, p. 110). Auroux expose ici les conditions de la *formalisation* du fonctionnement de la langue.

Stiegler reprend ce terme et l'étend de façon importante, en élargissant et détournant son périmètre bien au-delà de celui de la linguistique, qui était le seul propos d'Auroux. La conception de Stiegler de la *grammatisation* s'appuie sur son acception de la technique comme *spatialisation* du temps. Comme précisé dans un chapitre terminologique, dans son acception stieglerienne, « *la grammatisation désigne la transformation d'un continu temporel en discret spatial* » (Petit, 2013, p. 400). Les termes *discret* et *continu* sont ici à prendre en leur sens mathématique, où ce qui est discret peut prendre un nombre de valeurs fini et dénombrable, par opposition au continu, où une grandeur peut prendre toutes les valeurs comprises à l'intérieur d'un intervalle. L'extension du concept d'Auroux par Stiegler cherche à l'appliquer à tous les comportements humains (calculs, langages et gestes). En ce sens, il s'agit d'un concept qui désigne un processus de description, de formalisation et de discrétisation de ces activités, qui relèvent dans notre cadre des *pratiques*.

Notre tentative d'articulation repose sur deux points spécifiques de la proposition théorique de Stiegler. Tout d'abord, le processus de *grammatisation* se produit dans un objectif bien pré-

cis, qui est celui de permettre la *reproductibilité* des activités ou des pratiques : « *Grammatiser, c'est donc discrétiser en vue de reproduire* » (*Ibid.*, p. 401). Le propos de Stiegler, en proposant cette analyse en termes de grammatisation, cherche d'une part à caractériser les formes qu'elle revêt, et à s'intéresser au stade historique de grammatisation que constitue le stade numérique. Cela n'est pas notre propos dans cette thèse, nous gardons donc uniquement à l'esprit les éléments proposés jusqu'ici. Le second point de la proposition théorique de Stiegler que nous souhaitons souligner est relatif à la question de la *discrétisation*, sur laquelle repose le processus de grammatisation. Stiegler appelle *gramme* toute unité discrète inscrite dans un support technique de mémoire. Ce processus de discrimination et de décomposition des pratiques est pour nous très proche de ce que Bouillon (2009) décrit lorsqu'il propose une analyse des processus de *rationalisation*. Nous proposons donc d'examiner comment un processus de rationalisation équipé par des techniques constitue une *technicisation* au sens où le processus de rationalisation met en œuvre une formalisation qui s'apparente à un processus de grammatisation.

2.2.3.2 RATIONALISATIONS ORGANISATIONNELLES ET TECHNOLOGIES

Nous cherchons ici à questionner les dynamiques de rationalisation équipées de technologies à l'aide de la construction théorique développée par J.-L. Bouillon. Pour ce dernier, la rationalisation est conceptualisée comme un « *triple processus intégré d'optimisation, de codification et de justification des activités, se matérialisant au travers de rapports sociaux et économiques, de relations de pouvoir et de différentes formes de régulations sociales par lesquelles se coordonnent les activités humaines* » (Bouillon, 2009, p.7).

Notre observable principal, la RCP, étant constitué d'un processus qualifié de méthode d'amélioration de la qualité¹⁷ par ses propres promoteurs, nous ne pouvons que le rapprocher de la notion de processus d'optimisation développée par J.-L. Bouillon. L'auteur inscrit la rationalisation comme optimisation dans la lignée des travaux de M. Weber sur la « rationalité en finalité » : « *Elle regroupe ainsi les démarches intellectuelles et les actions visant à assurer la meilleure adéquation possible entre les ressources matérielles, techniques et humaines nécessaires pour parvenir au résultat escompté grâce à la mise en œuvre d'une méthode rationnelle reposant sur l'observation, l'expérimentation et le calcul comparatif.* » (*Ibid.*, p. 7). Toute rationalisation organisationnelle suppose pour l'auteur une tentative d'optimisation du « *rapport entre les moyens engagés dans une activité collective et les résultats attendus* » (Bouillon, 2013, p. 131), optimisation qu'il qualifie de « *centre de gravité de tout processus de rationalisation* » (*Ibid.*, p. 133).

17. Voir 1.2.2, 35.

L'auteur y adjoint deux autres démarches qui accompagnent et complètent l'optimisation : la codification et la justification. Pour J.-L. Bouillon, la codification est une démarche de description, d'écriture et de transcription de l'organisation : « *L'écriture constitue ainsi le fondement de toute rationalisation car elle permet de découper, d'abstraire des éléments du réel et de les réarticuler d'une autre manière.* » (*Ibid.*, p. 134). La stabilisation de textes écrivant et décrivant l'organisation participe donc de cette démarche de codification constituant une des dimensions des processus de rationalisation. L'auteur ajoute : « *La codification des organisations, des activités de travail et des connaissances associées sous la forme de modes opératoires entre dans ce cadre. Les textes organisationnels, procédures, règles, codes, contrats, récits; mais également des documents graphiques, listes, tableaux, constituant autant de moyens permettant d'ordonner, de classer, de croiser, de comparer des informations.* » (*Ibid.*, p. 135). Nous retrouverons dans cette énumération une grande partie de notre matériau empirique.

Enfin, J.-L. Bouillon décrit la démarche de justification, dont la visée est de légitimer et rendre acceptables les décisions, choix et actions. Il s'agit alors « *d'explicitier et surtout d'argumenter le caractère rationnel des choix et des procédures mises en place pour optimiser l'activité* » (Bouillon, 2009, p. 7). L'auteur relève que cette démarche de justification se fait en référence à des logiques d'action, à des idéologies. Nous suivons l'auteur pour aller plus loin sur ce point, où il reprend les différents types de rationalités identifiés par M. Weber, et indique que bien que la rationalité en finalité soit d'une grande importance dans les processus de rationalisation organisationnelle tels que définis jusqu'ici, les autres types de rationalités n'en sont pas exclus. En effet, la rationalisation telle que définie par J.-L. Bouillon, suppose dans la démarche de justification d'articuler les différentes rationalités. Dans notre travail, par exemple, nous assistions à l'articulation de rationalités en finalité (avec les méthodes d'optimisation de l'activité de décision thérapeutique), avec des rationalités en valeur (que l'on peut instancier comme étant des rationalités scientifiques, avec les méthodes portées par le modèle EBM).

Alors que nous cherchons à déterminer comment notre observable principal est travaillé par les processus de rationalisation, comment les pratiques des acteurs et leur constitutivité technique s'associent pour produire et reproduire l'organisation, ces éléments théoriques nous paraissent proposer des bases solides et heuristiques, ancrées en communication organisationnelle et permettant de qualifier nos observables de façon très satisfaisante. Nous relevons également la similitude entre la démarche de *codification* de l'activité que propose J.-L. Bouillon, et le processus de *grammatisation* chez Stiegler. En effet, dans les deux cas, nous avons affaire à une tentative de formalisation de l'activité reposant sur une description fine de celle-ci. Chez J.-L. Bouillon, la codification relève d'une *raison graphique* (Goody, 1979), permettant et supportant un ensemble d'opérations intellectuelles associées. L'intérêt

de l'articulation que nous proposons entre codification et grammatisation tient la possibilité induite de faire intervenir d'autres formes de rationalités, telles que celle que propose Bachimont (2010), à savoir la *raison computationnelle*. Celle-ci est définie par Bachimont, à partir de la *raison graphique*, de la façon suivante : « Si l'écriture permet la synthèse du temps dans l'espace, en permettant que ce qui est dispersé dans le temps (flux de parole) soit rassemblé dans l'unité d'une représentation spatiale synoptique, [...] l'informatique permet le déploiement de l'espace en temps. En effet, un programme n'est pas autre chose qu'un dispositif réglant un déroulement dans le temps, le calcul ou l'exécution d'un programme, à partir d'une structure spécifiée dans l'espace, l'algorithme ou le programme. » (Bachimont, 2010, p. 167). L'adjonction de la visée de reproduction inscrite dans les processus de grammatisation, et les deux formes techniques sur lesquelles elle repose – le dictionnaire et la grammaire – permettent d'ouvrir nettement les perspectives d'analyse.

Les dynamiques de rationalisation, envisagées à partir de la *technicisation* qui les supportent, peuvent donc être analysées à partir des différentes formes de rationalité qui sont inscrites dans les formes techniques. À partir des formes graphiques, que l'on retrouve dans la *codification* de l'activité chez Bouillon, mais également à partir des formes algorithmiques que l'on retrouve dans la *grammatisation* chez Stiegler, où raisons graphique et computationnelles s'articulent et se complètent. À la forme de la liste permise par la *raison graphique*, Bachimont fait correspondre la figure du *programme*, qui permet de spécifier un parcours systématique d'un ensemble discret de possibilités préalablement définies. La visée de reproduction des pratiques, l'ensemble de règles (grammaire) pouvant s'appliquer à un ensemble discret (dictionnaire), permettent d'envisager les technologies équipant les dynamiques de rationalisation sous un jour nouveau, et d'interroger de façon plus adéquate une partie de nos observables¹⁸.

18. Nous pensons ici en particulier aux algorithmes décisionnels médicaux, voir 5.13, p. 235, par exemple.

2.3 OPÉRATIONNALISER NOTRE CADRE THÉORIQUE : INFRASTRUCTURES ET COGNITION DISTRIBUÉE

Disposer d'un cadre théorique permettant de penser l'articulation entre technologies, communication et organisation était une nécessité majeure de ce travail, mais ne constitue pas un ensemble suffisant à la bonne tenue de notre thèse. Bien que le cadre des ACO permette de se saisir de la totalité des observables que nous avons rassemblés, il nous paraît utile de l'équiper d'outils théoriques et méthodologiques permettant de parachever le cadre théorique hybride que nous sommes en train de finir de constituer.

Nous procédons pour cela à la précision des unités d'analyse, où il sera question de la mise en tension de la question des *pratiques*, d'une part, et de celle du *milieu technique*, d'autre part. Alors que nous avons déjà évoqué les pratiques professionnelles des médecins hospitaliers, dans le premier chapitre, en les qualifiant de *prudentielles*, il est ici question d'opérer une précision théorique et terminologique sur ce point. L'articulation que notre travail cherche à produire, au travers de notre hypothèse première de la tension qu'il existerait entre *prudence* et rationalisation équipée de technologies, se positionne ici en faisant appel au concept de *milieu technique*, qui nous permet d'embrasser un large ensemble d'observables constitués de formes techniques qui équipent les dynamiques de rationalisations organisationnelles.

Les travaux en sciences sociales portant sur les pratiques équipées sont nombreux et d'inspirations théoriques diverses. Nous exposons ici les outils théoriques dont nous équipons notre travail afin de terminer l'élaboration de notre cadre théorique. Ici les travaux anglo-saxons, principalement issus des Science and Technology Studies, sont convoqués afin de disposer d'un ensemble d'outils conceptuels permettant d'asseoir notre stratégie analytique.

2.3.1 UNITÉS D'ANALYSE : PRATIQUES ET MILIEU TECHNIQUE

Lors de la construction de notre problématique dans le premier chapitre de la thèse¹⁹, nous avons procédé à un premier développement concernant la notion de *pratiques*, afin d'introduire ce qui constitue l'objet de notre recherche – le raisonnement médical, qui sera instancié en deux objets distincts dans la seconde partie de la thèse. Les premiers éléments que nous avons rassemblés ont permis de cerner la diversité des ordres de réalité qui pouvaient être rassemblés sous cette dénomination.

Les définitions de sens commun du terme *pratiques* constituent un bon point de départ, bien qu'elles recouvrent des ordres de réalité très variés. En effet, les quatre définitions proposées par le Larousse désignent aussi bien la mise en œuvre de règles, l'exercice d'un métier (en particulier médical), une connaissance acquise par l'expérience, et des façons d'agir courantes à l'intérieur d'un groupe. Si l'on y prête attention, ces dernières ne sont pas très éloignées de ce dont nous parlons en employant ce terme. Cependant, il est nécessaire de réduire l'ambiguïté qui peut exister entre les différentes acceptions de sens commun, afin d'articuler les dimensions qui font l'objet de notre recherche à l'aide de travaux théoriques de notre champ.

Afin de réduire l'ambiguïté du terme et de disposer d'une définition solide, nous proposons de faire référence aux travaux de Gherardi (2009)²⁰, à l'instar de Swiderek (2014). Dans son ouvrage portant sur l'apprentissage et les connaissances organisationnels, Gherardi propose une définition robuste et opérationnelle de ce qu'elle entend par *pratiques*. Cette notion recouvre alors quatre aspects distincts :

- un aspect qualitatif et global, où l'accent est mis sur « comment » un ensemble d'actions fait sens, est reconnu au sein d'une organisation, et prend forme dans l'action située;
- un aspect temporel, où leur répétition permet de leur attribuer une reconnaissance sociale en tant que pratiques;
- cette reconnaissance sociale, reposant pour l'auteur sur un système institutionnel incorporant un ensemble de normes permettant – outre la reconnaissance – la reproduction et la permanence des pratiques;
- une façon d'ordonner le monde, reposant sur un réseau de relations socio-techniques.

Ces quatre axes recouvrent la totalité des dimensions dont nous souhaitons traiter dans ce travail. En effet, nos observables ne sont pas occultés – on y trouve des normes, des médiations socio-techniques, des collectifs sociaux organisés, etc. – et notre problématique peut tout à fait faire sens dans une telle acception des *pratiques*. De plus, la conception processuelle des

19. Voir 1.3.2, p. 55.

20. Voir en particulier pp. 34-35.

pratiques que promeut Gherardi permet également de penser la production de l'organisation dans les pratiques, comme le relève Swiderek (*Ibid.*, p. 303).

L'articulation manquante reste donc celle de la question des technologies, centrale dans notre travail, et d'autant plus prégnante dans ce chapitre. Gherardi fait référence à la notion de « non-humains » dans ses définitions, et envisage les médiations socio-techniques en ce sens. Comme nous l'avons développé dans la section précédente, nous avons préféré envisager la technique selon une relation de *constitutivité* des pratiques plutôt que dans une approche basée sur la *symétrie généralisée* d'inspiration latourienne. Nous marquons donc un pas de côté concernant ce point, alors que nous souscrivons pleinement au quatrième aspect de définition des *pratiques* de Gherardi, auquel nous souhaitons apporter une variation.

Afin de penser la *constitutivité* technique des *pratiques*, nous proposons de faire appel à la notion de *milieu technique*, en prenant appui sur différents auteurs. Dans les travaux de Stiegler, cette notion est très présente, et s'appuie sur les acceptions de ce terme chez Leroi-Gourhan, Simondon et Georges Friedmann. Pour l'auteur, « *Tout geste (du plus banal au plus rare) s'effectue dans un milieu technique qui le rend possible* » (Petit, 2013, p. 415). En cela, le milieu technique participe des *conditions de production* de l'activité, des *pratiques*. Mais la notion de *milieu technique* est utilement enrichie, dans les approches de notre discipline, par Daniel Bounoux, qui la problématise en termes de *fonction média*, en faisant appel à la médiologie.

Chez Daniel Bounoux, la conception de la technique est très proche de celle de Stiegler : « *nous produisons une technique qui nous produit en retour, nos outils prolongent et accompagnent l'hominisation* » (Bounoux, 2002, p. 57). Afin de lutter contre le déterminisme technique, et étudier ce qu'elle *permet* et non ce qu'elle *détermine*, Bounoux invite à examiner les tâches d'une médiologie, en s'appuyant sur les travaux de R. Debray. Le terme *média* d'où est issu celui de *médiologie*, n'est pas à entendre en son sens commun : « *médias nomme en général ce qui se tient entre, et qui en nous reliant nous organise; ce qui permet notamment de dire durablement nous. En deçà ou au-delà des médias au sens strict, une médiologie s'intéressera donc à ces milieux, indissociablement sociaux et techniques, qui façonnent et recyclent nos représentations symboliques, et nous permettent de tenir ensemble.* » (*Ibid.*, p. 64). Bounoux nous permet alors de penser le *milieu technique*, dans notre travail, en tant qu'espace constitutif des pratiques, organisant, se tenant entre les entités organisées et organisantes, et, en suivant la pensée de Stiegler, dont l'existence se constitue dans la relation d'extériorisation et d'intériorisation technique.

2.3.2 LA COGNITION DISTRIBUÉE

Les unités d'analyse étant identifiées, nous devons maintenant outiller notre cadre théorique d'apports pour penser les *pratiques* produites dans et par un *milieu technique*. Alors que notre recherche prend pour objet le *raisonnement médical*, il nous apparaît pertinent de procéder à un éclaircissement terminologique et théorique. Le champ très vaste et hétérogène des sciences cognitives rend l'exercice délicat. En effet, il apparaît très complexe de dégager une cohérence théorique, épistémologique au sein d'un champ alliant les neurosciences, la psychologie cognitive, ou encore l'intelligence artificielle. Le champ ne se laisse pas saisir comme discipline, mais davantage comme un espace d'investigation initialement dévolu à la philosophie de l'esprit qui se laisse investir par des ensembles disciplinaires divers, outillés de méthodes empiriques.

Le champ des sciences cognitives partage toutefois avec celui des sciences de l'information et de la communication un parent commun, la *cybernétique*, développée en particulier au sein des conférences Macy, dont l'interdisciplinarité importante se perpétue encore aujourd'hui dans les deux ensembles (Dupuy, 2005). Nous faisons ici particulièrement référence à N. Wiener *et al.* (2014), pour qui « *la société ne peut être comprise que par une étude des messages et des dispositifs de communication qu'elle contient* ». Les parentés communes de la seconde moitié du XX^e siècle, de la cybernétique et de Palo Alto, divergeront par la suite pour ne laisser que peu d'espaces de recherche communs. En effet, le paradigme cognitiviste classique, sous l'impulsion des travaux des logiciens dans les années 30 prend le calcul pour modèle des activités rationnelles humaines, donnant par la suite naissance à la machine de Turing. On peut voir dans ces travaux un point de départ du cognitivisme classique, où le fonctionnement de la machine informatique devient paradigmatique de l'idée même de système cognitif. En effet, les approches cognitivistes « internalistes » postulent l'existence de représentations mentales symboliques, tout comme une machine de Turing qui manipulerait des données calculables, conçues comme des énoncés d'un langage formel interne. Les processus cognitifs seraient alors considérés comme des processus computationnels opérant sur ces représentations selon un système de règles formelles (Dupuy, 2005).

Edwin Hutchins s'inscrit en faux contre ces approches internalistes²¹, en proposant la notion de *cognition distribuée* : « *The theory of distributed cognition, like any cognitive theory, seeks to understand the organization of cognitive systems. Unlike traditional theories, however, it extends the reach of what is considered cognitive beyond the individual to encompass interactions between people and with resources and materials in the environment.* »²² (Hollan *et al.*,

21. Pour un développement de cette question de l'internalisme / externalisme cognitif en sciences de l'information et de la communication, voir Gout (2011) ; pour un développement théorique conséquent en sciences cognitives et philosophie, voir Steiner (2007)

22. *La théorie de la cognition distribuée, comme toute les autres théories des sciences cognitives, cherche à comprendre l'organisation des systèmes cognitifs. À la différence des théories traditionnelles, cette théorie étend*

2000, p. 175). Elle se prête donc à une approche des situations d'interaction tenant compte des technologies qui les équipent.

Il s'agit donc bien de la définition même de la cognition qui est en question dans cette approche : « *A process is not cognitive simply because it happens in a brain, nor is a process noncognitive simply because it happens in the interactions among many brains. For example, we have found it productive to consider small sociotechnical systems such as the bridge of a ship or an airline cockpit as our unit of analysis.* »²³ (*Ibid.*, 175). Les processus cognitifs, dans ce modèle, deviennent donc des actions qui traversent les individus, les groupes, l'environnement matériel, c'est-à-dire des processus *distribués*. C'est en cela que cette approche nous semble apporter des outils intéressants et compatibles avec nos ancrages théorique et épistémologique, proposant une unité d'analyse familière dans les études des situations d'interaction en communication organisationnelle, et n'occultant pas l'activité cognitive qui nous intéresse particulièrement dans ce travail.

À titre illustratif, dans un article célèbre intitulé *Comment le cockpit se souvient des vitesses* (Hutchins, 1994), Hutchins donne à voir l'intérêt de son approche, où le fait de se départir de l'étude des représentations des individus permet de mettre l'accent sur des pratiques hybrides où l'unité d'analyse devient nettement plus pertinente. Pour Hutchins, ce niveau d'analyse est celui du cockpit de l'avion, qui lui permet d'étudier le rôle des objets techniques dans la circulation de l'information. C'est en cela que la mémoire du cockpit n'est pas exactement la mémoire des pilotes. Comme le relève Marie Bénéjean, « *Edwin Hutchins met ainsi en évidence que la cognition humaine est distribuée de part et d'autre du système fonctionnel entre les acteurs du système et les autres composants externes qui composent leur environnement.* » (Bénéjean, 2013, p. 104). Ce qui est permis par le *milieu technique* joue donc un rôle essentiel dans la production des *pratiques*.

ce que l'on considère comme relevant du domaine de la cognition au-delà de l'individu, pour y englober les interactions entre humains et avec des ressources de l'environnement matériel. (Notre trad.)

23. Un processus n'est pas cognitif uniquement parce qu'il se déroule dans un cerveau, à l'inverse, un processus n'est pas non-cognitif uniquement parce qu'il se déroule dans des interactions entre plusieurs cerveaux. Par exemple, nous avons trouvé efficace d'envisager comme unité d'analyse des petits systèmes sociotechniques, comme le pont d'un bateau ou le cockpit d'un avion. (Notre trad.)

2.3.3 INFRASTRUCTURES, SÉMIOTIQUE ET CATÉGORIES

Afin de clore cette section et ce chapitre, il s'agit maintenant de proposer les derniers outils conceptuels et méthodologiques que nous avons identifiés dans notre recherche. Bien qu'ils puissent paraître hétérogènes au premier abord, ils sont les produits de proximités scientifiques, qui sont ici géographiques. Notre recherche nous a amenée à approcher les perspectives prometteuses développées par Alač (2011). En explorant l'environnement de travail, nous avons identifié une famille scientifique qui a retenu toute notre attention. Avant de présenter les travaux de M. Alač, nous souhaitons faire un détour par les travaux menés par ses collègues depuis une quinzaine d'année à l'université de Californie à San Diego.

Il ne s'agit pas de dire ici que nous avons découvert les travaux de Star (1999; 2010), Bowker (1996) ou Lampland et Star (2009) grâce à Alač, mais plutôt que la cohérence de l'ensemble de travaux développés entre les départements de communication, de science studies et de sciences cognitives nous est apparue en investiguant dans cette direction. Nous voulons rendre compte ici de la généalogie de notre approche. Nous proposons de partir de deux ouvrages principaux, « *Sorting things out : classification and its consequences* » (Bowker et Star, 2004) et « *Standards and their stories : How quantifying, classifying and formalizing practices shape everyday's life* » (Lampland et Star, 2009). L'ouvrage de Bowker et Star s'intéresse aux rôles des *catégories* et des *standards*. Les auteurs placent la focale sur des exemples issus du monde de la médecine et de la santé. Ils proposent en particulier une analyse très poussée de la classification des maladies (CIM), également reprise dans un article de Bowker (1996)²⁴. Le second ouvrage de Lampland et Star cherche à interroger les processus de standardisation, de quantification et de représentation formelle. L'ouvrage donne également à voir la généalogie de l'entreprise scientifique portée par le collectif, et le programme pédagogique situé à la fin de l'ouvrage en témoigne. Il est également précisé que le groupe de chercheurs dont il est ici question avaient fondé une « *Society of People Interested in Boring Things* » (Lampland et Star, 2009, p. 11). Ce trait d'humour témoigne de la variété des objets que ce collectif scientifique a par la suite qualifié d'*Information Infrastructures*, et qui donne lieu à l'identification de ce courant sous le terme d'*Infrastructure Studies*.

Le concept d'*infrastructures informationnelles* est sans nul doute l'apport le plus important de ce courant de recherches. À partir de la notion d'*infrastructures*, qui fait généralement référence aux dispositifs techniques qui rendent possibles des activités telles que les télécommunications, ou le transport autoroutier, les auteurs étendent le champ pour embrasser des ordres de réalités tels que les *standards*, les *classifications* ou les *catégories*. Ce champ de

24. Nous précisons ici que malgré la proximité très importante entre notre approche et celle de cet ensemble d'auteurs, sur un objet identique, nous n'avons que très peu utilisé le travail de Bowker. En effet, la perspective historique portée par l'auteur, qui a étudié la naissance de la classification des maladies, était au final assez éloignée de notre propre entreprise.

recherches émerge dans les cercles académiques francophones depuis peu. Nous relevons en particulier la dynamique impulsée par Denis et Pontille (2012), qui vise à identifier les travaux francophones en particulier pouvant relever des *Infrastructure Studies*. Denis et Pontille insistent sur l'effacement de certaines tâches et l'invisibilisation de certains travailleurs, qui constitue une dimension fondamentale des objets et des pratiques étudiés (*Ibid.*, p. 2). Cette dimension fait explicitement référence à la définition des *infrastructures* que promeut le collectif californien. En effet, pour ces derniers, les *infrastructures* présentent cinq caractéristiques : elles sont immergées dans d'autres structures, elles sont transparentes et opèrent de façon invisible, elles sont étendues et traversent les espaces de pratiques, elles doivent être apprises pour accéder au statut de membre du collectif, et elles reposent sur des conventions concrètes de pratiques (Bowker, 1996, p. 49). La tendance à l'invisibilisation des infrastructures, comme l'exemple du CIM-10 chez Bowker qui opère comme un « *support invisible* » (p. 50), est une dimension très importante pour des auteurs comme Denis et Pontille, mais nous ne l'avons pas problématisée de cette façon là puisque toute notre entreprise se base précisément sur de l'explicitation des savoirs professionnels.

Cependant, les *infrastructure studies* offrent des outils conceptuels pertinents pour interroger une partie de nos objets, et qui nous permettront de construire nos propres outils. Lampland et Star (2009) proposent de considérer deux objets, les *classifications* et les *standards*. Les classifications sont pour les auteurs des segmentations du monde qui peuvent être spatiales, temporelles ou spatio-temporelles (pp. 10-11). Ces objets se caractérisent par la présence de principes opérant de façon cohérente, des catégories mutuellement exclusives, et la complétude du système. Les *standards* ont une portée plus étendue puisqu'ils permettent d'agrèger différentes communautés de pratiques²⁵, sont persistants dans le temps et dans l'espace, sont déployés sur de très vastes distances, et font l'objet de contrôles de la part d'organisations spécifiques (pp. 13-14). Ces éléments terminologiques rendent compte de la dynamique scientifique autour des *infrastructures studies*, où ce type d'objets est mobilisé dans de nombreux travaux.

Nous avons parlé jusqu'ici de travaux prenant pour focale les *infrastructures*, et mobilisant différentes notions afin de les qualifier, comme les *standards* ou les *classifications*. Ces ensembles de travaux présentent des difficultés d'opérationnalisation ou des divergences avec notre approche (comme l'approche historique souvent mobilisée, et l'exemple de l'étude par Bowker de la classification des maladies). C'est ici qu'interviennent les travaux de M. Alač dans notre travail. Morana Alač détient deux doctorats : un premier en sémiotique délivré par l'université de Bologne, Italie (2002) sous la direction d'Umberto Eco et Patrizia Violi; et un second en sciences cognitives, de l'université de Californie à San Diego, supervisé par Edwin

25. Ils peuvent alors être également analysés à l'aide de la catégorie des *objets frontières*, théorisés par les mêmes chercheurs.

Hutchins (Alač, 2006). Nous soulignons d'ores et déjà l'intérêt que revêt ce profil hybride, où différentes préoccupations de notre recherche se donnent à voir.

L'ouvrage « *Handling Digital Brains. A Laboratory Study of Multimodal Semiotic Interaction in the Age of Computers* » (Alač, 2011) a constitué notre point d'entrée dans les travaux de l'auteur. L'ouvrage s'intéresse à la multimodalité des interactions lors de l'interprétation de fMRI (IRM fonctionnel) par des neuroscientifiques. L'auteur propose des éléments méthodologiques et empiriques permettant d'opérationnaliser une approche hybride de la cognition, entre *embodiment* et cognition distribuée. Largement tiré de sa seconde thèse, *Handling Digital Brains* peut-être qualifié d'ouvrage d'ethnographie de laboratoire. Alač y déploie une démarche rigoureuse, aux confluents des *Science & Technology Studies* (STS)²⁶ et des *Workplace Studies* (avec bien entendu une place de choix pour le paradigme de la cognition distribuée tel que développé par Hutchins).

Handling Digital Brains peut rappeler par certains points *Cognition in the wild* (Hutchins, 1996) : le premier chapitre par exemple, nous invite « à bord » du laboratoire de neurosciences cognitives, alors que Hutchins souhaitait également la bienvenue à bord du *Palau*. Alač pose ensuite dans le second chapitre une première contribution que nous qualifions de méthodologique, proposant de considérer les images issues des fMRI comme des *champs pour l'interaction*²⁷. Ces interactions entre neuroscientifiques autour des images d'fMRI sont généralement tendues vers le repérage d'éléments visuels, mais également vers le transfert de cette capacité à les discerner, des chercheurs expérimentés vers les nouveaux arrivants. Alač fait dans ce même chapitre le lien vers une autre dimension de son parcours universitaire, et importe un questionnement sémiotique dans une recherche solidement construite en STS. Alors que l'auteur expose le rôle central tenu par les visuels scientifiques dans les interactions, elle mobilise également la notion de *lecteur modèle*²⁸ développée par U. Eco, afin de souligner la coordination nécessaire entre les processus technologiques et le travail humain. C'est cette coordination, pour Alač, qui permet de générer « *the infrastructure for seeing* ».

Un des intérêts majeurs de l'ouvrage ramené à notre propre travail réside dans cette notion d'*infrastructure for seeing*, que nous proposons de traduire comme *infrastructure perceptive*. Cette notion, et la façon dont Alač la construit permet d'approcher un processus dont la dimension communicationnelle ne se laisse saisir que difficilement. À l'aide de cette catégorie analytique, il est possible d'articuler trois dimensions nécessaires à l'inscription d'un travail dans notre champ : la dimension technique, constituée par l'infrastructure elle-même,

26. Elle fait référence par exemple aux travaux de Knorr-Cetina, Latour, Akrich, Mol, Star, Suchman ...

27. *fMRI brain visuals as fields for interaction*

28. Selon Eco, tout texte est incomplet, et demande une activité d'interprétation coopérative pour en réaliser la signification. (Notre trad., p. 39.)

qu'il s'agisse d'une classification ou d'un objet technique ; la dimension sémiotique, en interrogeant les pratiques de lecture et de production de visuels scientifiques ; et la dimension sociale en s'intéressant aux pratiques d'interaction multimodales dans le laboratoire. L'apport de ce travail pour notre thèse présente une limite, qui est d'ordre méthodologique : Alač porte son attention sur une multimodalité des interactions (gestes et paroles) que nous n'avons pas pu constituer de la même façon, eu égard à la difficulté d'accès au terrain²⁹. Cependant, ce travail présente surtout des apports majeurs. Tout d'abord, il nous donne des outils conceptuels pour pouvoir interroger des pratiques perceptives sans occulter toute l'épaisseur socio-technique, et en portant attention à la dimension sémiotique de ces pratiques. En interrogeant les pratiques des acteurs permettant *catégoriser* ce qui est perçu, ou comme le propose Alač d'organiser le *messy world* en catégories pertinentes pour l'exercice de la profession, nous pouvons accéder à des dimensions de notre terrain qui pouvaient rester opaques. De plus, ce travail nous laisse le champ libre pour l'articuler avec la question de l'organisation, qui y est envisagée de façon très spécifique chez l'auteur, puisque l'organisation n'est pas conceptualisée en tant que telle, mais envisagée dans le cadre propre des *Science Studies*.

Bien que les visées scientifiques en communication organisationnelle soient légèrement différentes de celles de travaux tels que celui-ci, inscrits en STS, des espaces importants de discussion entre les deux champs méritent d'être explorés, tant au niveau des objets d'étude – comme la cognition ou la perception, souvent absentes des questionnements en communication – qu'au niveau méthodologique, où certaines pratiques sont d'ores et déjà partagées, et gagneraient à l'être davantage.

29. Voir 5.2.1, p. 213

SYNTHÈSE ET CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Le premier chapitre a permis de poser les éléments relatifs à la construction de la problématique, et de les articuler de façon à faire émerger les différents questionnements auxquels nous tentons de répondre dans ce travail. Nous avons pu préciser la façon dont nous nous sommes saisie du programme de recherche TechnoRam pour l'instancier dans une problématique singulière, articulée sur des observables spécifiques, et posant de nouvelles questions aux différents champs scientifiques auxquels nous faisons des emprunts théoriques, méthodologiques et empiriques. Procédons donc à une synthèse des différents éléments sur lesquels ce travail est bâti.

HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

La problématique et l'ensemble de la thèse s'appuient sur les hypothèses ci-après :

- La juxtaposition de la dimension prudentielle de l'activité des médecins hospitaliers et des dynamiques contemporaines de rationalisation à l'œuvre dans le système de santé fait apparaître une tension importante, qui est susceptible de se manifester au sein de phénomènes communicationnels.
- Ces dynamiques de rationalisation sont équipées de systèmes techniques traversant l'organisation (Mayère, 2013), dont l'étude permet de saisir les recompositions éventuelles des pratiques professionnelles.
- Le paradigme *Evidence Based Medicine* constitue un marqueur des dynamiques de rationalisation que nous cherchons à étudier, et agit au sein de phénomènes communicationnels par l'*inscription* de formes de rationalité spécifiques dans les technologies organisationnelles étudiées.

PROBLÉMATIQUE

Nous cherchons dans ce travail à donner des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Comment le raisonnement médical se produit-il au sein de phénomènes communicationnels?
- Comment cet ensemble de pratiques est-il équipé par un milieu technique?
- Quelles sont les formes de rationalité inscrites dans le milieu technique qui équipe les pratiques des médecins hospitaliers?
- Quelles sont les formes de rationalité que l'on peut observer dans les pratiques du raisonnement médical lors de réunions de concertation en cancérologie?
- Ces différentes formes de rationalité sont-elles congruentes? Comment s'articulent-elles?

UN CADRE THÉORIQUE HYBRIDE

Les enjeux théoriques de notre travail nécessitent la mobilisation et l'articulation de travaux émanant de différentes disciplines, dont la compatibilité épistémologique a été discutée, et a abouti par la proposition d'un cadre hybride dont nous proposons une courte synthèse. Rappelons que nous cherchons à articuler dans un même mouvement un questionnement portant sur des dynamiques globales de rationalisations organisationnelles, leur équipement sous la forme d'un milieu technique, et leur instanciation dans des pratiques prudentielles.

Dans le champ de la communication organisationnelle, notre travail se positionne dans une approche *intégrative*, et cherche à apporter une contribution aux approches communicationnelles des organisations (ACO). Cette contribution porte sur deux dimensions principales. La première consiste en l'exploration d'une perspective théorique considérant la *technique* comme anthropologiquement constitutive, ce qui nous permet de questionner les technologies organisationnelles comme conditions de production des formes de rationalité que nous cherchons à qualifier. La seconde dimension de la contribution que nous souhaitons apporter aux ACO porte sur les conditions de production des pratiques dans les interactions, où nous tentons l'exercice d'intégrer à l'étude des situations de communications une dimension techno-sémiotique.

DES ENJEUX THÉORIQUES IDENTIFIÉS APPELANT LA CONSTRUCTION DES OBJETS DE LA RECHERCHE

Cette courte synthèse de notre problématique et des éléments théoriques nous a permis de dessiner les contours du positionnement de notre travail, dans notre champ scientifique, et vis-à-vis des disciplines voisines que nous avons conviées dans notre recherche. L'approche intégrative que nous avons choisie est exigeante : elle demande de considérer dans un même ensemble problématique des ordres de réalité dont l'hétérogénéité est contre-intuitive, et pouvant conduire très facilement à des réifications de processus, à des tentatives de simplification d'une complexité ne pouvant se réduire à une approche « balistique ». Pour éviter ces écueils, l'identification de l'*EBM* en tant que traceur des dynamiques de rationalisation nous permet de disposer d'un fil conducteur qu'il conviendra d'interroger dans les différentes dimensions des processus organisants observés.

Pour ce faire, il est désormais nécessaire d'ouvrir la seconde partie de la thèse, qui sera consacrée à la construction des objets de la recherche. Après avoir exposé la problématique et les enjeux théoriques généraux, il s'agit maintenant de décrire la façon dont nous nous saisissons de la question du *raisonnement médical*, et d'explicitier comment l'étude des phénomènes communicationnels permet d'apporter des éléments de réponse aux différentes dimensions de notre problématique.

II CONSTRUCTION DES OBJETS DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION À LA SECONDE PARTIE

La construction des objets de notre recherche est le processus qui va permettre de passer d'un objet provenant de recherches exploratoires et informelles, à un objet scientifique que nous pouvons étudier à l'aide du cadre théorique que nous avons élaboré. En somme, il s'agit de déconstruire ce que nous avons jusqu'ici nommé *raisonnement médical* pour en faire des objets scientifiques, qui pourront par la suite être opérationnalisés et étudiés au travers d'observables communicationnels.

La construction qui est ici entreprise cherche à retracer à rebours une démarche non linéaire, où le processus de familiarisation avec le terrain, l'accès à des documents de littérature professionnelle, des conversations informelles avec des médecins, ont permis de faire émerger l'objet de la recherche. Ce processus a commencé avec les premières observations des réunions de concertation pluridisciplinaires, et le repérage d'un premier événement intrigant : lors de la réunion, le temps et l'attention consacrés à l'examen et la discussion des images médicales (IRMs, Scanners, ...) nous a semblé particulièrement important dans le processus global de discussion des cas. Ce constat s'est accompagné d'une lecture qui s'est avérée fondamentale dans l'architecture générale de la thèse : *Naissance de la Clinique* de Foucault (1963). Son sous-titre initial, *Une archéologie du regard médical*, et les nombreux développements consacrés dans le texte à cette question du *regard*, ont fortement orienté la démarche réflexive de construction d'un tel objet scientifique.

Plus tard, c'est une seconde dimension venue des observations de terrain qui a donné lieu à de nombreuses interrogations. L'objectif de la discussion des cas, dans notre réunion de concertation, était formulé à l'aide du terme de *décision*, par les médecins, principalement lors de discussions informelles. Là encore, les lectures et les observations de terrain, se nourrissant mutuellement, ont permis d'identifier un nouvel objet, encore problématique, demandant au chercheur de déconstruire cette notion, dont l'historique scientifique dans les différentes disciplines conviées, invite à la fois à la plus grande humilité et à l'ingéniosité conceptuelle. C'est à la fin de ce processus, où nous avons parfois vécu la tentation de privilégier l'un ou l'autre de ces objets, que nous les avons rassemblés dans un objet unique. Cet assemblage n'a été effectué que pour mieux le déconstruire.

Interroger le *raisonnement médical* en tant qu'objet, permet de faire tenir ensemble des savoirs et des pratiques propres au groupe que nous cherchons à étudier. Par ailleurs, on retrouve dans cet objet la dimension prudentielle des pratiques qui constitue un des axes de notre problématique. Pourtant, étudier le *raisonnement médical* ou toute autre forme de raisonnement professionnel, n'est pas un objet commun en Sciences de l'Information et de la Communication. Les présupposés internalistes dominants dans les approches profanes de la

question l'attribuerait davantage à des disciplines telles que la psychologie cognitive, ou à des approches managériales de *knowledge management*, par exemple. Et nous concédons bien volontiers qu'aborder un tel objet frontalement ne serait ni pertinent ni rigoureux.

Pour éviter ces écueils, nous avons pris le parti de conserver cet objet de recherche, et de procéder à une déconstruction qui donnera lieu à la construction de deux objets distincts. Ces deux objets cherchent à éclairer le raisonnement médical par les phénomènes communicationnels qui conditionnent sa production. Ces deux grandes catégories de phénomènes communicationnels feront chacun l'objet d'un travail de construction où nous passerons de catégories d'observables, à des catégories analytiques. Ce travail est l'objet des deux chapitres qui suivent.

Le troisième chapitre interrogera la déconstruction d'un élément de langage indigène, la « décision », où nous interrogerons la littérature du domaine, de façon nécessairement non exhaustive tant cette question a fait couler d'encre dans de nombreux ensembles disciplinaires. Nous argumenterons en faveur de la construction d'une catégorie analytique différente, que nous nommerons *délibération*. Il s'agira de questionner les processus communicationnels qui participent de la production de l'inférence dans les interactions du collectif. Nous interrogerons les médiations socio-techniques à l'œuvre, c'est-à-dire les technologies qui équipent le déroulement de la délibération, et qui participent à la constitution des formes de rationalité qui sont exercées pendant ce processus.

Le quatrième chapitre cherchera à déconstruire la notion de *regard médical*. À partir de *Naissance de la Clinique*, nous interrogerons la prégnance du régime de visibilité dans la pratique médicale, et plus particulièrement l'importance fondamentale des *signes* en médecine, dont témoignent la centralité des savoirs et les savoir-faire de sémiologie clinique et paraclinique au sein de la profession médicale. À partir des processus communicationnels observables sur le terrain dans les processus d'interprétation collectifs des images, nous construirons notre seconde dimension analytique, que nous nommerons *processus interprétatif*. Ici encore, les médiations socio-techniques prenant part à ce type de processus feront l'objet d'une attention spécifique, où nous expliciterons la dimension hybride de ce travail perceptif et interprétatif.

3 DE LA DÉCISION À LA DÉLIBÉRATION

SOMMAIRE

3.1	La décision médicale : une catégorie empirique	113
3.1.1	La décision dans le raisonnement médical	114
3.1.2	Une pratique reliant des considérations variées	117
3.1.3	La décision médicale dans le paradigme de l'Evidence Based Medicine	119
3.2	La décision médicale au prisme des études sur la décision	122
3.2.1	Approches classiques de la décision	123
3.2.2	La décision thérapeutique in the wild : une tentative	129
3.3	La décision est-elle un objet communicationnel?	134
3.3.1	Interroger communicationnellement la décision	135
3.3.2	Un objet peut-il être communicationnel?	139
3.4	La délibération comme pratique communicationnelle et prudentielle	143
3.4.1	Construire la délibération comme objet problématisé	144
3.4.2	La délibération pour interroger les pratiques décisionnelles en médecine	148

INTRODUCTION DU TROISIÈME CHAPITRE

L'objectif de ce troisième chapitre est de retracer le parcours qui a permis la construction de la *délibération* comme objet de notre recherche. À partir d'une catégorie empirique, la *décision médicale*, nous avons interrogé différents cadres analytiques, procédé à des choix scientifiques pour pouvoir être en mesure d'identifier des prises théoriques et méthodologiques pertinentes. Il s'agit donc ici de déplier les différentes dimensions qui nous ont permis de construire un objet analytique à partir de nos premières observations de terrain.

Pour cela, nous proposons dans un premier temps d'interroger la façon dont la communauté médicale mobilise ce concept, sans pour autant entrer dans l'analyse de notre matériau. Il s'agit davantage de questionner ce que contiennent les discours auxquels nous avons pu avoir accès. À partir d'une sélection de différents documents issus de la littérature professionnelle générale, éthique ou pédagogique, nous tenterons de déterminer les conceptions consensuelles de la *décision* au sein de la profession médicale, afin de pouvoir les questionner par la suite.

La seconde section de ce chapitre s'intéressera aux études de la décision, dans différentes disciplines. Nous tenterons ici de produire un état de la littérature le plus concis et pertinent possible. Cet objet d'étude, et sa centralité supposée dans de nombreuses disciplines rend l'exercice difficile, au vu de la profusion des travaux existants dans le domaine. Nous examinerons leur pertinence au regard de la spécificité de la médecine.

La troisième section aura pour point de départ le constat effectué par P. Urfalino (2005), à savoir que « *la décision n'est pas un objet sociologique et ne le fut jamais* ». À partir de cette prise, nous tenterons de transposer cette question en soumettant le statut de l'objet à un examen similaire. En nous inspirant de la démarche de P. Urfalino, nous expliciterons en quoi les différentes acceptions de la notion de *décision* ne permettent pas de le considérer comme un objet communicationnel.

Nous proposerons donc, dans la quatrième et dernière section, de construire un objet se prêtant à une analyse communicationnelle, nous permettant à la fois de nous intéresser aux phénomènes communicationnels recouvrant les ordres de réalité désignés par les médecins par le terme de *décision*, et se manifestant également sur le plan empirique par des processus de communication. Ainsi, la *délibération* est envisagée dans sa dimension communicationnelle et prudentielle, constituant un des aspects des pratiques participant à la production du *raisonnement médical*.

3.1 LA DÉCISION MÉDICALE : UNE CATÉGORIE EMPIRIQUE

Qualifier la *décision médicale* de « catégorie empirique »¹ constitue une étape nécessaire de la construction des objets de notre recherche. Lorsqu'on s'intéresse à un objet aussi complexe qu'un processus de production d'une *décision thérapeutique* dans une réunion de concertation en cancérologie, il est nécessaire de prendre un recul important par rapport aux termes employés par les professionnels que nous avons observés. Cette prise de distance par rapport aux *catégories empiriques* se justifie à nos yeux par différentes raisons. La première réside dans le fait que nous n'avons pas reçu de formation médicale, à aucun moment de notre cursus universitaire. Il est donc évident qu'une entrée dans la question de la *décision médicale* ne peut se faire sans prendre une distance importante avec l'exercice même de la profession. Nous ne pouvons prétendre qu'à une compréhension globale des processus *a posteriori*, en nous appuyant sur la littérature médicale. Une autre raison justifiant ce déplacement s'attache à la dimension centrale que la *décision médicale* revêt dans les différents documents que nous avons pu consulter. Sa construction la positionne comme activité intellectuelle, nécessitant de longues années d'études, et ouvre des débats animés quant à la possibilité même de sa formalisation. Positionnée au cœur de l'expertise d'une profession dont le langage est au premier abord très hermétique, cette notion a été très complexe à déconstruire et à reconstruire pour en faire un objet scientifique de notre champ.

Alors même que la nécessité de la déconstruction de cette catégorie empirique était justifiée et acquise, sa présence sur le terrain d'observation ethnographique était troublante : parfois invisible mais néanmoins présente, souvent visible mais aux ressorts obscurs. Cet objet s'est avéré insaisissable tout en disposant d'une force empirique importante. En effet, dans les observations, ont assisté effectivement à une interaction qui ressemble à une décision, entendue au sens commun du terme. C'est ce qui nous a conduit à y accorder un examen approfondi. Il nous a semblé nécessaire d'enquêter plus précisément afin de comprendre ce qui était rattaché à ce terme dans le domaine professionnel en question. Si l'on repositionne cette question dans la problématique générale de notre travail, elle devient un enjeu fondamental. Comme nous l'avons exposé dans le premier chapitre, la *décision* est caractéristique des pratiques attribuées aux « travailleurs du savoir ». La dimension conjecturale qualifie également les *pratiques prudentielles*. De plus les technologies que nous cherchons à analyser sont souvent qualifiées d'« outils d'aide à la décision ». Enfin, la décision est aussi l'objet premier du paradigme *EBM*, et l'incertitude qui la caractérise positionne sa production collective comme un enjeu communicationnel prégnant. C'est dans ce processus que se jouerait la tension fondamentale de la pratique médicale, qui relie la règle et le cas, le savoir et la pratique, l'universel et le singulier.

1. Nous entendons par « catégorie empirique » les notions et concepts provenant des savoirs professionnels médicaux mis en œuvre ou évoqués dans les pratiques observées.

3.1.1 LA DÉCISION DANS LE RAISONNEMENT MÉDICAL

S'intéresser à la *décision médicale* conduit à la questionner au sein d'un processus plus large, c'est-à-dire celui qui constitue notre objet principal d'investigation : le *raisonnement médical*. Nous n'avons pas entrepris la réalisation d'un état de la littérature exhaustif, qui aurait été davantage approprié dans une thèse d'exercice en médecine ou dans une recherche en éthique. Par ailleurs, les différentes sources encyclopédiques que nous avons consultées n'ont pas fait état de véritables dissensions concernant ces deux objets, raisonnement et décision. Nous proposons d'interroger dans un premier temps la catégorie empirique du *raisonnement médical*, pour ensuite porter notre attention sur la phase spécifique que constitue la *décision médicale*.

Le *raisonnement médical* peut à la fois être considéré comme un processus et comme une démarche. Il s'agit d'une démarche au sens où il s'agit d'une activité orientée, tendue vers un but, à savoir résoudre un problème d'ordre médical. Mais il s'agit également d'un processus au sens où sa temporalisation permet d'en distinguer différentes phases, différentes étapes qui permettent de le qualifier. Dans une synthèse encyclopédique consacrée à la question du *raisonnement médical*, C. Masquelet le décompose de la façon suivante :

- le diagnostic;
- le pronostic;
- la décision thérapeutique.

Ces trois dimensions sont au fondement de la pratique médicale. Le diagnostic désigne l'identification de la maladie ou du syndrome par le médecin². Le terme est issu du verbe grec *diagignôskein*, qui signifie « discerner », littéralement « connaître à travers ». Il est défini par Bariéty *et al.* comme « *l'enquête qui mène à la reconnaissance de la maladie, grâce au recueil or-*

2. Il convient ici de marquer un arrêt afin de procéder à quelques clarifications terminologiques médicales. Le terme « maladie » sous son apparente familiarité est complexe à définir. Il renvoie à la notion d'altération de la santé « considérée dans son évolution et comme une entité définissable » (Robert). Cette première définition appelle une définition de la santé, par rapport à la maladie, qui n'est pas si simple comme on peut le constater en lisant Canguilhem (2013). (Bariéty *et al.*, 2009, p. 5) propose une définition plus opérationnelle où une maladie possède : « une cause (qui n'est pas toujours précisément connue) ; une ou plusieurs cibles (organes, appareils ou systèmes) ; un début, un déroulement et une fin, dont l'extension, les manifestations et la chronologie peuvent beaucoup varier mais restent apparentées à un dessin primordial dit forme typique. [...] Une maladie est donc un assemblage variable de causes et d'effets, mais suffisamment fixe pour servir de repère dans la navigation médicale à un moment donné. »

Le terme « syndrome » quant-à lui désigne le regroupement de plusieurs signes formant un ensemble cohérent et reproductible. Différentes maladies peuvent provoquer un syndrome similaire.

L'emploi de l'un ou l'autre terme fait référence à l'espace du raisonnement dans lequel on se situe : « La distinction entre syndrome et maladie est primordiale, car elle marque la frontière entre la sémiologie pure et la pathologie. » (Bariéty *et al.*, 2009, p. 6)

On notera également que l'emploi du terme « pathologie » en lieu et place de « maladie » est une dérive de langage. Le terme « pathologie » désigne de façon précise les mécanismes des maladies.

Le terme « étiologie » désigne l'étude des causes des maladies. Une cause est une condition *sine qua non* au développement de la maladie. Elle n'est en revanche pas suffisante à sa survenue.

ganisé de signes, cliniques et paracliniques. ». ³ Le pronostic, du grec *progignôskein* – connaître à l’avance – est l’étape suivante temporellement. À partir du diagnostic, il s’agit alors d’opérer une projection dans l’avenir (Masquelet, 2006). La projection va dépendre de la maladie et de sa pathologie, mais aussi de la singularité du patient. Nous sommes donc ici dans une activité purement conjecturale, tournée vers l’avenir. Ces deux premières étapes correspondent à la *prognose* hippocratique, qui instruit sur le passé, le présent, et l’avenir du patient (? , pp. 452-453). Enfin, la décision thérapeutique, désigne la détermination de l’action qui va être entreprise pour déjouer la maladie, et recouvrer la santé. Cette étape dépend des deux précédentes. L’identification de la maladie, de son étiologie, de sa pathologie conduit à produire un diagnostic qui conditionne l’activité pronostique : « *La maladie est l’unité opérationnelle du raisonnement et du savoir médical* » (Bariéty et al., 2009). Ces trois étapes interdépendantes sont généralement citées lorsqu’il s’agit de définir le raisonnement médical de façon générale. On retrouve également la dimension conjecturale de ce raisonnement professionnel, qui est centrale : « *En fait, le raisonnement médical est la gestion de l’incertitude* » (Masquelet, 2006, p. 9). Nous retiendrons donc les trois étapes précédemment exposées comme discours structurant la pratique de cette forme de raisonnement professionnel. Nous soulignons également la dimension d’inscriptions et de projections temporelles accompagnant de façon différentes le diagnostic, le pronostic, et l’action thérapeutique. Tantôt tournées vers le passé, le présent ou le futur, chacune des composantes de la pratique du raisonnement médical est fortement inscrite dans le temps. Enfin, nous retrouvons la dimension incertaine et conjecturale que nous avons déjà soulignée à de nombreuses reprises, qui est donc relevée à la fois par les acteurs et par les chercheurs en sciences sociales.

Après cette brève présentation de la notion de *raisonnement médical* à partir de documents issus de la littérature professionnelle, portons notre attention sur la question de la « décision » en médecine, ici aussi à partir de cette même catégorie de littérature. Comme nous le relevions en amorce, le terme de « décision » est un élément de langage fréquent lorsqu’il est question de l’exercice de la profession de médecin, de ses spécificités (Masquelet, 2006). Il est tout d’abord nécessaire de relever la pluralité des termes employés pour y faire référence : il est tantôt désigné par le terme de « décision médicale » ou « thérapeutique », de « jugement », voire de « choix ». Ce qui est désigné comme partie prenante de cette activité propre à la profession est un élément central de l’identité professionnelle du médecin, tant par sa dimension d’opération intellectuelle de haut niveau que par la responsabilité qui l’accompagne, morale et juridique.

La pratique de la décision est une des activités relevant du « raisonnement médical ». Si l’on cherche à obtenir une définition de la décision médicale élaborée par des médecins,

3. On parle alors de diagnostic *positif*, pour le distinguer du diagnostic *différentiel* où l’on cherchera à éliminer les maladies et syndromes ne correspondant pas à la présentation clinique observée.

nous pouvons produire la définition suivante : « *l'application d'un traitement à un patient particulier* » (Masquelet, 2006, p. 59)⁴. La pratique de la médecine, et plus particulièrement de la décision, met donc en scène la tension entre la tentative scientifique visant l'universalité et la singularité des cas : « *Incertitude, prise de décisions et implication de l'observateur, sont les grands traits qui distinguent la médecine praticienne des sciences dures. Le raisonnement médical n'est donc pas similaire au raisonnement scientifique. Il n'y a pas de loi générale en médecine, il n'y a qu'une tension entre l'universel et le singulier* » (Masquelet, 2006, p. 122).

La capacité décisionnelle peut également être considérée comme une charge propre au médecin, charge de travail mais aussi charge morale, qui caractérise le raisonnement propre à la profession : « *L'obligation de prises de décision différencie le médecin du chercheur ou du philosophe. Le chercheur ou le philosophe peuvent raisonner ad infinitum. Pour le médecin, le raisonnement a une finalité et une sanction qui est le jugement (la décision), préalable à toute action. Le raisonnement lui-même est constellé de prises de décision permanentes. Quelle hypothèse favoriser ? Quels examens spécifiques sont absolument nécessaires ?* » (Masquelet, 2006, pp. 60-61). Nous soulignons donc ici un élément qui nous paraît particulièrement pertinent dans le cadre de notre travail : il n'y a pas véritablement « une » prise de décision, mais plutôt un raisonnement, une continuité d'actions, qui contiennent des dimensions décisionnelles.

4. L'auteur est Professeur des Universités et Praticien Hospitalier (PU-PH)

3.1.2 UNE PRATIQUE RELIANT DES CONSIDÉRATIONS VARIÉES

Ces différents moments de la décision, dont la cristallisation permet la production de la décision thérapeutique, constituent une forme de pratique particulièrement complexe, qu'il est nécessaire d'examiner dans sa globalité. La complexité que nous soulignons ici est liée à la dimension nodale de cette pratique, où viennent se rencontrer des considérations d'une grande diversité. Traditionnellement, la pratique de la médecine est décrite comme se déroulant dans le « colloque singulier »⁵. Cette relation soignant - soigné idéale, met l'accent sur la confiance qui s'y déploie. Le moment nodal de la décision, telle qu'elle se pratique en médecine contemporaine, fait intervenir des tiers, en incluant de nouvelles considérations. Il est précisé dans le *Dictionnaire de la pensée médicale* à l'entrée « Décision médicale » : « *Le concept de la relation duelle du médecin et de son patient s'est modifié par la présence d'un tiers constitué par les systèmes chargés d'assurer le financement des soins.* » (Lecourt, 2004, p. 309). L'irruption de ce nouvel acteur dans le « colloque singulier » s'accompagne donc de nouvelles préoccupations qui interviennent dans la production des micro-décisions qui constellent le raisonnement médical, et dans celle, finale, de la décision thérapeutique.

Ces considérations peuvent être de différents ordres. Nous avons identifié, dans notre parcours de la littérature professionnelle, des considérations : économiques et juridiques, éthiques, et socio-culturelles. Les considérations économiques sont visibles, par exemple, à partir de cours de médecine que nous avons pu nous procurer⁶. Dans ce module d'enseignement, est incluse une intervention d'un médecin conseil de la caisse d'assurance maladie locale. Les caisses d'assurance maladie disposent d'un service médical chargé de contrôler les modalités de prises en charge de patients. Il s'agit d'un rôle d'expertise, orienté vers la mise en place d'une prise en charge optimisant le ratio coût / qualité. L'intervention du module de DCEM2 est axée sur les textes législatifs encadrant la pratique du contrôle par le service médical de l'assurance maladie. Il y est mentionné que le Service pourra donner un avis sur une prestation sur la base d'éléments probants. En somme, le praticien est obligé par le code de déontologie à fournir les éléments probants qui ont fondé sa décision au Service médical qui en assure le contrôle pour l'organisme financeur. Le *Dictionnaire de la pensée médicale* souligne que cette *justification* basée sur les « données actuelles de la science » incluse dans le code de déontologie se prolonge également dans les dynamiques de maîtrise des dépenses (Lecourt, 2004, p. 309). Dans un autre registre, C. Masquelet évoque un « *passage insidieux d'une obligation de moyens à une obligation de résultat implicite* » (Masquelet, 2006, p. 60), que l'on peut sans grand problème replacer dans un contexte de juridicisation croissante des

5. Expression fréquemment usitée mais dont l'origine n'a pu être identifiée.

6. Nous faisons ici référence à des cours de DCEM2, c'est-à-dire l'« externat » de médecine, le second cycle des études médicales, qui commence en 4^e année. Le module auquel nous faisons référence ici est intitulé « Apprentissage de l'exercice médical ». Ce cours est issu des deux facultés de médecine de l'université Toulouse III - Paul Sabatier.

rapports entre usagers et services publics de santé.

Les considérations éthiques sont également très présentes dans les discours professionnels portant sur la décision médicale. P. Le Coz⁷ notamment, dans son *Petit traité de la décision médicale*, aborde le sujet d'un point de vue éthique et philosophique, en laissant de côté « *les considérations techniques, économiques et administratives* » (Le Coz, 2007, p. 15). Pour lui, la décision s'appuie sur un soubassement éthique, qu'il développe à partir de « l'exigence de justice » : « *Sera juste la décision qui sera parvenue à intégrer en elle [...] la reconnaissance de l'autonomie du patient, le devoir de bienfaisance et le souci de non-malfaisance.* » (Le Coz, 2007, p. 53). Dans une perspective philosophique, ces trois principes constituent l'exigence de justice, qui « *constitue le soubassement éthique de la décision médicale.* » (Le Coz, 2007, p. 48). Ces éléments éthiques peuvent porter sur les moyens ou les finalités de l'action thérapeutique, au regard des différentes dimensions interrogées dans ce type de considérations.

Pour terminer, la décision médicale fait également intervenir des considérations d'ordre socio-culturel. C. Masquelet évoque les particularités de certaines catégories de population, où des interdits religieux et culturels sont à prendre en compte dans le cadre de la production des décisions thérapeutiques ou des examens intermédiaires. On peut citer en suivant l'auteur le refus de toute transfusion sanguine par les témoins de Jéhovah, ou envisager les différentes modalités selon lesquelles les patients peuvent vivre leur pudeur. Dans de nombreux cas, liés à l'irréductible singularité des patients, il est nécessaire de faire intervenir des considérations ne constituant pas *stricto sensu* des éléments d'ordre médical.

Alors que les textes législatifs qui règlent l'exercice de la médecine insistent sur la nécessité de s'appuyer sur des « éléments probants », et sur les « données actuelles de la science » (DAS), on s'aperçoit que la production de la décision thérapeutique implique de prendre en considération des éléments d'une toute autre nature. La réflexion éthique, la prise en compte des spécificités nécessairement singulières de chaque patient requiert de s'écarter des cheminements formalisés qui ne seraient que purement scientifiques. Alors qu'il existe également une dynamique de légitimation de la profession par sa dimension scientifique – que nous avons déjà exposée dans le premier chapitre – l'exercice même de la profession s'ancre fortement dans une pratique qui ne saurait s'y réduire. La gestion de l'incertitude, au cœur du raisonnement médical, et la *prudence* qui caractérisent la profession, se donne à voir dans une pratique hybride, où la tension entre la science et le cas, c'est-à-dire entre l'universel et le singulier, constitue une dynamique majeure.

7. Pierre Le Coz est agrégé de philosophie, docteur en sciences de la vie et de la santé et Maître de Conférences à la faculté de médecine de Marseille. Il siège également au Comité consultatif national d'éthique.

3.1.3 LA DÉCISION MÉDICALE DANS LE PARADIGME DE L'EVIDENCE BASED MEDICINE

La notion de décision est également mobilisée de façon centrale dans la méthodologie que promeut le paradigme de l'EBM. Dans son énoncé même, la prise de décision est la finalité de la méthodologie mise en place : « *The conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in **making decisions** about the care of individual patients* »^{8,9} (Sackett *et al.*, 1996, p. 71). Il est donc bien question, ici encore, d'appliquer un traitement à un patient particulier. Un nouvel élément est ici ajouté, celui de la « preuve ». La preuve et le niveau de preuve sont ainsi introduits explicitement dans le processus de prise de décision des médecins.

Dès lors que l'on s'intéresse à la question de la décision médicale, mais également à celle du jugement clinique, il est nécessaire de préciser la façon dont cette méthodologie se propose d'équiper les pratiques des cliniciens. Présentée comme une démarche de « résolution de problèmes », ce modèle formalise à l'aide d'étapes la conduite à suivre lorsque le clinicien se trouve dans une situation de doute dans sa pratique. Les auteurs attachés à la promotion de l'Evidence Based Medicine regrettent l'écart entre les « données rigoureuses » de la recherche et les pratiques cliniques : « *we continue to base our clinical decisions on increasingly out of date primary training or the overinterpretation of experiences with individual patients, and even dramatically positive results from rigorous clinical studies remain largely unapplied* » (Rosenberg et Donald, 1995a, p. 1122)¹⁰. Les auteurs proposent donc pour remédier à ce problème, qu'ils considèrent comme étant accentué par la nécessité d'améliorer la qualité des soins concomitante avec la réduction des volumes de formation des jeunes médecins (*Ibid.*, 1122), un formalisme en quatre étapes reproduit ci-après.

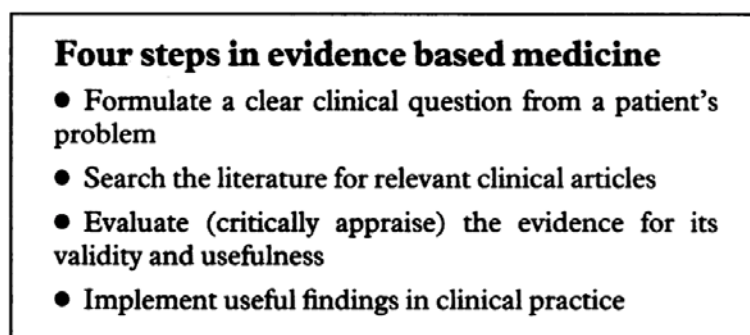


FIGURE 3.1 – Les étapes de la méthode EBM (*Ibid.*, p.1122)

8. Notre accentuation.

9. *L'utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves disponibles dans la prise de décision relative aux soins à prodiguer à chaque patient.* (Notre trad.)

10. *nous (les médecins, NDT) continuons à baser nos décisions cliniques sur notre formation initiale obsolète ou sur la surinterprétation des expériences sur des patients individuels alors même que des résultats positifs considérables issus de la recherche clinique restent largement non appliqués.* (Notre trad.)

La première étape de la figure 3.1 correspond à ce que Rosenberg et Donald appellent « la formulation de la question clinique ». Dans ce même article, les auteurs développent brièvement ce point dans un paragraphe intitulé « *setting up the question* ». Ils y décrivent un cas clinique, par une narration sommaire du cas (caractérisation du patient, motif de l'hospitalisation, résultats d'examens, etc.) et terminent la narration en posant les termes du questionnement auquel doit faire face l'équipe soignante, avec les arguments suivants : « *rather than defer to seniority or abdicate responsibility to consensus by committee, team members convert the debate into a question* »¹¹. Les auteurs poursuivent leur exemple en traduisant cette question en deux autres questions de portées différentes, l'une relative au pronostic, l'autre au traitement. Ces deux questions sont formulées afin de donner lieu à l'interrogation de la littérature scientifique. C'est le point qui permet la mise en cohérence de la situation clinique à laquelle est confrontée l'équipe médicale avec celle de la méthode proposée, basée sur la littérature scientifique et ses résultats. La formalisation de ces questions propose de transformer le questionnement clinique en le structurant de façon à ce qu'il puisse être relié aux résultats supposés être les meilleurs de la recherche, les « *best available evidence* ».

Ce paradigme, tel qu'il est porté et défendu par Sackett, Rosenberg et al., a certes eu une genèse longue et dont les origines sont anciennes. Il a fait l'objet de débats virulents et de critiques fortes dans sa version contemporaine. La visée de ce travail n'est pas de prendre part à la controverse encore vive dont ce paradigme fait l'objet, mais nous soulignons la richesse des débats qui ont eu lieu dans les revues médicales, conférences, qui nous ont été accessibles pendant cette recherche¹².

Nous retenons néanmoins que cette méthode, telle qu'elle est développée dans les publications présentées ici, est nodale quant à la question de la « prise de décision » et des dynamiques de rationalisation qui les travaillent. L'EBM est également une méthode qui cherche à englober la pratique médicale dans la dimension relationnelle de la clinique. Il n'est nullement dans le projet des promoteurs de l'EBM de proposer un outillage se substituant au jugement du clinicien (Sackett *et al.*, 1996, Timmermans et Berg, 2003). Il s'agit bien en revanche d'équiper la pratique clinique des médecins. Cet équipement suppose cependant une structuration spécifique du raisonnement et de la démarche. La mise en oeuvre de cette méthode demande au clinicien de porter son attention sur les patients et les pathologies de façon à être en capacité de formuler une problématique en des termes permettant une interrogation de la littérature scientifique.

11. *plutôt que donner toute licence au plus expérimenté, ou d'abandonner la responsabilité au consensus du groupe, les membres de l'équipe transforment le débat en une question.* (Notre trad.)

12. On pourra lire à ce sujet : Sackett *et al.* (1996), Rosenberg et Donald (1995a;b), Couturier (2009), Marks (1999), Feinstein MD et Horwitz MD (1997), Maynard (1996), Thorgaard et Jensen (2011) à titre illustratif.

SYNTHÈSE

Nous retiendrons donc de ce parcours les éléments suivants :

- Le raisonnement médical est constellé de micro-décisions;
- Ce qui est désigné lorsqu'on évoque « La Décision Médicale », c'est la décision thérapeutique, qui fait référence à la finalité du processus du raisonnement médical, celle dont peut dépendre la vie ou la mort;
- La décision médicale est une pratique nodale, où se rencontrent des considérations diverses, qui ne sont pas toujours uniquement médicales;
- La conceptualisation de la décision au sein du raisonnement médical est assez classique, et proche du sens commun : la décision désigne ce qui précède l'action, le terme du raisonnement.
- La décision médicale est une pratique de gestion de l'incertitude, prise dans une tension irréductible entre l'universel et le singulier.

3.2 LA DÉCISION MÉDICALE AU PRISME DES ÉTUDES SUR LA DÉCISION

À la suite de ce parcours portant sur la décision médicale dans la littérature professionnelle, où nous avons pu nous assurer de la robustesse de cette catégorie dans sa dimension empirique, la suite du travail entrepris ici cherche à en interroger la validité analytique. Comme nous l'avons exposé dans l'introduction de ce chapitre, nous verrons qu'il s'est avéré nécessaire de construire une nouvelle catégorie analytique, nous permettant de prendre de la distance avec le concept de « décision ».

Nous cherchons donc ici à retracer le chemin qui a été le nôtre dans l'approche de cet objet empirique, que nous avons dans un premier temps tenté de construire à l'aide du terme scientifique correspondant. Or, la « question de la décision » a fait couler beaucoup d'encre, et ce dans de nombreuses disciplines, avec des approches variées. Nous aurions pu le contourner simplement, mais il se trouve que nous avons tout de même tenté l'expérience, qui, sans pour autant apporter de solution satisfaisante, a permis de poser de nouvelles questions et d'observer notre objet empirique dans ce prisme particulier. Cette section se présente donc comme un état de la littérature sélectif du domaine, et se termine par une tentative d'acclimatation de ces notions en sciences de l'information et de la communication.

La première section de ce chapitre est donc consacrée aux approches que nous qualifions de « classiques » de la décision. Nous tenterons donc l'exercice de présentation des travaux les plus marquants, de l'antiquité à la fin du XX^e siècle. La seconde section s'attarde sur une tentative contemporaine originale, proposant une approche se qualifiant de « naturaliste » des processus de prise de décision, dont nous discuterons des spécificités et pour laquelle nous expliciterons l'intérêt qu'elle a suscité. Enfin, la dernière section cherchera à interroger la notion de décision au sein des sciences de l'information et de la communication et plus précisément dans le cadre de notre problématique.

3.2.1 APPROCHES CLASSIQUES DE LA DÉCISION

La décision, le jugement, le choix, sont autant de termes qui reviennent régulièrement lorsqu'il est question de la pratique clinique, de la formulation d'un diagnostic, d'un pronostic, de la demande d'examens complémentaires ou de la mise en oeuvre d'un traitement. La notion de « prise de décision », qu'elle soit médicale ou non, est une question qui a traversé de nombreuses disciplines des sciences humaines et sociales, mais aussi de l'ingénierie, des mathématiques théoriques, et des sciences informatiques dans des applications de support et d'aide à la décision humaine, en particulier. Dans le cadre de notre questionnement relatif à un terrain en particulier, la prise de décision est collective et appuyée sur des technologies de natures variées, où nous accordons une attention particulière aux méthodes et aux artefacts qui participent à l'action. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous souhaitons procéder à un succinct état de la littérature qui interrogera cette notion, en partant de l'Antiquité.

3.2.1.1 DÉFINITIONS GÉNÉRALES ET ORIGINES

Avant de traiter des origines du concept de décision, il nous paraît nécessaire d'opérer un bref détour terminologique. Hormis les acceptions spécifiques à certains contextes (psychologie, armée, ...), le dictionnaire Larousse donne quatre définitions du terme :

- Action de décider après délibération ; acte par lequel une autorité prend parti après examen ;
- Acte par lequel quelqu'un opte pour une solution, décide quelque chose ; résolution, choix ;
- Choix des orientations d'une entreprise, d'une politique, etc. ; mesure, ordre, prix en conformité avec cette orientation ;
- Qualité de quelqu'un qui n'hésite pas à prendre ses résolutions ; détermination, fermeté.

Le terme français provient du latin, et plus précisément du terme *decidere*, « trancher », provenant lui-même de *caedere* qui signifie « couper ».

Le dictionnaire de philosophie Lalande et Poirier (1999) discerne deux sens distincts de la notion de décision. Le premier considère la décision comme la terminaison normale d'une délibération, dans un acte volontaire. La seconde fait de la décision une qualité consistant à ne pas prolonger inutilement une délibération. Dans ces deux définitions, ainsi que dans les précédentes, on voit apparaître une dualité mêlant une dimension liée à la conduite de l'action humaine d'une part, et une dimension considérant extérieurement une situation d'autre part. Ces premiers éléments terminologiques posés, nous pouvons maintenant interroger les premiers écrits philosophiques portant sur la capacité de décision. C'est Aristote qui l'interrogea le premier, dans un contexte éthique et d'analyse du volontaire et de l'involontaire.

Dès les premières lignes de l'*Éthique à Nicomaque*, la notion de *décision* est questionnée par Aristote (2007). Aristote parle de προαίρεσις (proaíresis), traduit tantôt par choix, décision ou délibération dans le texte. Cette notion fait référence à un choix éthique, opéré « par préférence » et s'oppose à ἀνάγκη (anágkê) qui désigne la nécessité, la contrainte. La décision est donc d'abord définie par Aristote comme un *acte volontaire* (*Ibid.*, 119) avant d'être caractérisée par la *délibération* (*Ibid.*, 132) qui la précède, et sur laquelle nous reviendrons de façon détaillée en fin de chapitre. La délibération précédant la décision en tant que *proaíresis* porte sur les questions qui sont à la fois fréquentes et dont l'issue est toujours caractérisée par l'incertitude (*Ibid.*, 134), sur les questions qui « *arrivent par nous* » comme par exemple la médecine (*Ibid.*). La décision aristotélicienne est donc un « choix délibéré », qui est le propre de la volonté humaine. Volonté qui s'enracine également dans la *raison pratique* aristotélicienne, qui met en lumière la rationalité dans laquelle elle s'ancre : « *Le choix, en effet, s'accompagne de raison et de pensée discursive.* » (*Ibid.*, 132).

À partir de la théorie de la décision aristotélicienne, d'autres grandes familles de travaux philosophiques sur la question ont pu voir le jour. Descartes en particulier, qui placera la volonté au centre de son approche, pour considérer la décision comme l'ajustement de la volonté aux limites de notre entendement. Plus tard, au tout début du XVIII^e siècle, Leibniz ne partage pas les analyses cartésiennes, et propose une analyse permettant de préserver la possibilité d'existence de décisions libres. Outre ces travaux relevant de la métaphysique, sur lesquels nous ne nous arrêtons pas davantage, la réflexion moderne portant sur la décision s'organise alors selon deux préoccupations majeures : les ressorts de la décision, et la mathématisation du probable. Les travaux portant sur les motivations inconscientes des décisions, initiés par Leibniz, seront menés à partir de questionnements portant sur la perception (Leibniz), l'inconscient (Freud), en particulier. C'est à partir du développement de la mathématisation du probable, de la théorie des jeux, du calcul des chances, que la question de la décision rentre véritablement dans le domaine des sciences telles que nous les connaissons.

3.2.1.2 LES APPROCHES SCIENTIFIQUES DE LA DÉCISION

Ces premières fondations philosophiques du concept de décision étant posées, nous ne nous attardons pas sur les développements dans la philosophie moderne, relevant davantage de théories de la volonté que des études de la décision à proprement parler. C'est à partir du XVII^e siècle que la décision devient un objet scientifique, à partir de la naissance du concept de probabilité aux alentours de 1660. On date généralement le début de la mathématisation du probable à partir du célèbre « pari de Pascal », qui est également considéré comme la première contribution à la théorie de la décision (Hacking, 2002). Dans ce passage des *Pensées*, Pascal applique les premières tentatives d'arithmétisation de l'aléatoire à la démonstration de l'intérêt que chacun peut avoir de croire en Dieu. Outre l'incongruité reconnue plus tard par l'auteur, la véritable nouveauté réside dans la banalisation de la possibilité de prendre pour modèle la théorie des jeux de hasard pour traiter de problèmes de prise de décision en situation d'incertitude.

À partir de là, il est possible de poser la question de la prise de décision en termes scientifiques, et de doter ces théories d'outils mathématiques, permettant la mesure du probable. Ian Hacking délimite le champ de la façon suivante : « *La théorie de la décision a trait à la prise de décision dans un contexte où l'avenir est incertain. Étant donné une liste exhaustive d'hypothèses vraisemblables sur l'état du monde, étant donné des observations ou des données expérimentales se rapportant à ces hypothèses, et dans la mesure où l'on dispose d'un ensemble de décisions dont on connaît l'utilité de chacune selon les divers états possibles du monde, il s'agit de déterminer la meilleure décision à prendre.* » (Hacking, 2002, p. 102). Ce champ sera investi dans de nombreuses perspectives différentes, et donnera lieu à des études dans diverses disciplines. Ces disciplines étroitement liées sont principalement les mathématiques et l'économie. Après des avancées significatives dans le domaine des probabilités, à partir des méthodes de calcul de l'utilité espérée, de nouvelles manières d'aborder la décision ont été développées, entre mathématiques et sciences économiques, autour de la théorie des jeux¹³.

Au XX^e siècle, Herbert Simon – célèbre entre autres pour sa contribution à ce champ¹⁴, publie la première édition de *Administrative Behavior* en 1945. Selon Simon, la rationalité prêtée aux acteurs en situation de choix dans les théories économiques contemporaines pose problème. Elle repose sur des hypothèses fortes, supposant que le décideur ait devant lui l'ensemble complet des possibilités de choix, qu'il puisse relier un ensemble de conséquences à chaque possibilité de choix, et qu'il dispose d'un critère unique permettant d'ordonner les conséquences des plus souhaitables aux moins souhaitables. Ces hypothèses vont dans le sens d'un comportement dit « rationnel » de l'individu en situation de choix, ne pouvant

13. On peut citer en particulier « *The Theory of Games and Economic Behavior* » de von Neumann et Morgenstern (1947)

14. Herbert Simon a reçu le prix Nobel d'économie en 1978.

pas dans la plupart des cas rendre compte des processus réels de prise de décision (Boussard, 2008).

Dans ce même ouvrage, Simon développe le concept qui sera le cœur de son œuvre : la *rationalité limitée* (Simon, 1983). C'est à partir de ce concept que Simon remet en cause la notion de rationalité des acteurs économiques telle qu'elle était postulée dans les théories classiques. Nous pouvons illustrer la notion de Simon à l'aide de l'extrait suivant : « *Devons-nous, en outre, qualifier un comportement de "rationnel" quand il se fourvoie, mais seulement parce qu'il repose sur une information défectueuse? D'un point de vue subjectif, il est rationnel qu'un individu prenne un médicament s'il pense qu'il le guérira de sa maladie. D'un point de vue objectif, le comportement n'est rationnel que si le médicament se révèle efficace. Enfin, au nom de quels objectifs et de quelles valeurs jugerons-nous de la rationalité?* » (Simon, 1983, p. 69). Simon démontre ici toute la complexité qu'il y a à se saisir de la question de la rationalité, mais aussi par extension de la décision en contexte organisationnel. En effet, lorsque l'on considère un acteur inscrit dans un contexte organisationnel spécifique, comment conjuguer les rationalités diverses qui vont s'exercer lors d'une situation de choix? Quels objectifs permettent de construire les cibles servant à l'évaluation de l'efficacité de la décision? Il devient nécessaire pour Simon de s'intéresser à la dimension collective de la prise de décision, en resserrant la focale sur les études de la décision dans les organisations.

La collaboration de Simon avec un autre auteur, James March, sera une étape fondamentale dans l'étude de la décision dans les organisations. L'ouvrage qu'ils publient en 1958 est considéré par beaucoup comme fondateur de la sociologie des organisations. Cet ouvrage reprend les travaux de Simon sur la rationalité limitée des acteurs et procède à une critique des théories classiques portant sur les organisations (travaux de Taylor sur l'organisation du travail, théories bureaucratiques) (March et Simon, 1958)¹⁵. La conception de l'organisation est tournée vers la question de la décision au regard des modèles de la rationalité.

March développera dans la suite de son œuvre une approche encore plus radicale. Son modèle célèbre nommé « *garbage can model* »¹⁶ (Cohen *et al.*, 1972), est pensé pour des contextes organisationnels spécifiques qu'il nomme « anarchies organisées »¹⁷, définies comme des organisations où les préférences des acteurs ne sont pas ou sont mal définies, leur participation variable, et où les technologies ne sont pas claires. Il y développe une analyse de la décision où le résultat final est celui de la rencontre plus ou moins contingente de problèmes et de solutions portés par divers acteurs. Dans ce modèle, les décisions ne sont plus conformes au

15. On relèvera que la traduction française de l'ouvrage est la suivante : « Les organisations : problèmes psycho-sociologiques »

16. Traduit par le modèle de *la corbeille à papier* dans March (1991)

17. March prend pour exemple les universités, « *formes bien connues d'anarchie organisée* » (March, 1991, p. 163)

modèle traditionnel de construction de solutions et d'examen des conséquences de chacune d'entre elles. Ce modèle souligne par ailleurs l'ambiguïté des préférences des acteurs et leur modification au cours du processus.

Durant cette même période, ce sont les prémices de la cybernétique et de ce qui deviendra les sciences cognitives et l'intelligence artificielle, dont Simon sera l'un des précurseurs. Le modèle que Simon développe dans cette dynamique, avec Newell et Shaw, nous semble également pertinent à mentionner dans le questionnement mené ici. Les auteurs développent en 1959 un programme informatique nommé « GPS-I » pour « General Problem Solver - I » (Newell *et al.*, 1959). Le projet de ce programme était de résoudre n'importe quel problème, en inscrivant dans un algorithme manipulant des éléments symboliques, le comportement d'un humain (d'étudiants en l'occurrence) en situation de résolution de problème. Dans cette publication, une des contributions soulignées par les auteurs est la suivante : « *The separation of problem content from problem solving technique as a way of increasing the generality of the program* »¹⁸. Nous relevons, d'une certaine manière, des similitudes avec le modèle proposé par l'Evidence Based Medicine.

Si l'on quitte le domaine de la décision appliquée aux organisations et à l'économie, il existe également des travaux dans l'ethnométhodologie de Garfinkel (2007) qui s'intéresse à la prise de décision. Il y montre le rôle des « savoirs de sens commun » dans les délibérations d'un jury en cherchant à éclairer les règles suivies par les acteurs lors de la prise de décision. Pour Garfinkel, la prise de décision a lieu à l'intérieur d'une situation et d'un engagement dans un cours d'action. Ce n'est qu'*a posteriori* que le membre du jury va interpréter son choix comme une décision, et reconstruire par la suite un modèle de choix parmi des solutions possibles. Dans la même tradition de recherche, il est important de noter que Cicourel s'est intéressé à la question de la prise de décision en médecine (Cicourel *et al.*, 2001). En cherchant à comprendre comment étaient élaborés les diagnostics, il s'est intéressé à la production de l'information permettant la décision, et a souligné l'importance de la crédibilité attribuée à la source d'information par le médecin, ainsi que les connaissances ordinaires mobilisées pour l'interprétation de ces informations. Bien qu'en apparence très proche de notre investigation, nous n'avons pas choisi de mobiliser davantage ces travaux, dont le positionnement et le choix des termes de la problématique étaient très différents des nôtres¹⁹.

Aujourd'hui, la vivacité et la richesse de cette thématique de recherche sont toujours aussi importantes, et concernent principalement les sciences informatiques, plusieurs disciplines

18. *La séparation du contenu du problème de sa méthode de résolution comme un moyen de généraliser la portée du programme.* (Notre trad.)

19. La problématisation de la question des techniques, la notion de pratiques prudentielles, ou de recombinaison des pratiques professionnelles dans une approche de l'organisation au prisme du paradigme de l'EBM demandaient un travail d'acclimatation des notions avec un niveau de détail beaucoup trop important au regard de la portée des éléments apportés par l'ensemble d'articles de l'auteur.

des sciences cognitives, les mathématiques théoriques, les sciences économiques, les sciences de gestion, ainsi que l'anthropologie et certaines branches des sciences sociales.

Les recherches contemporaines sur la prise de décision se partagent généralement en deux grands axes de travail : les approches prescriptives, qui se placent dans une perspective d'amélioration des processus, et les approches descriptives, cherchant donc à décrire l'activité effective des acteurs dans les processus décisionnels (Jungermann, 2004) :

- Les approches prescriptives produisent de nombreux travaux, en psychologie, en sciences économiques, et l'on peut noter l'existence d'un champ spécifique consacré à l'aide à la décision médicale²⁰. On peut également citer tout un ensemble de méthodologies, modèles et outils d'aide à la décision informatisés, qui restent cependant peu utilisés (Cléret *et al.*, 2001). Ces outils sont basés sur des approches rationalistes de la décision et les modèles mathématiques sur lesquels ils sont construits ne permettent que rarement de travailler sur des ensembles de données non exhaustifs²¹.
- Les approches descriptives, à l'inverse, n'ont pas vocation à produire des prédictions. Généralement mobilisées en sciences humaines et sociales, elles cherchent à décrire, expliquer, interpréter, sans avoir forcément recours à des modélisations prédictives. Parmi ces travaux, on peut trouver des approches rationalistes, basées sur les calculs d'utilité espérée²². Enfin, d'autres travaux s'éloignent des préoccupations de rationalité dans les choix et des démarches normatives, pour s'intéresser de façon plus spécifique aux conditions « réelles » dans lesquelles les décisions sont produites. Enfin, nous porterons une attention toute particulière à un dernier courant, l'approche « Naturalistic Decision Making ». Nous le présenterons de façon plus détaillée avant de le discuter.

20. Par exemple la revue « Medical Decision Making » : <http://mdm.sagepub.com/>

21. Les probabilités bayésiennes régissent souvent les moteurs d'inférences des systèmes à bases de connaissances, et nécessitent une formalisation rigoureuse et exhaustive des dénombrements des événements potentiels. D'autres modèles mathématiques, comme celui de la logique floue, pourraient permettre d'effectuer des opérations de façon moins rigide et rationaliste.

22. Par exemple, le modèle « SEU » d'Edwards (Subjective Equivalent Utility), puis le modèle « PT » de Kahneman et Tversky (Prospect Theory) (Jungermann, 2004)

3.2.2 LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE IN THE WILD : UNE TENTATIVE

Un champ d'étude portant sur la « prise de décision » l'envisage dans une perspective « naturaliste ». Il s'agit principalement de psychologues, entretenant des liens étroits avec les sciences informatiques (HCI, CSCW en particulier), dont le chef de file le plus reconnu est Gary Klein. Il convient ici de préciser que ces travaux ne sont pas directement ni complètement compatibles avec les approches dans lesquelles nous nous inscrivons, tant en termes de positionnement disciplinaire que de considérations épistémologiques. Dans un souci d'explicitation de notre cheminement avec le concept de décision, il nous est apparu important de porter notre attention sur cet ensemble de travaux dont nous partageons néanmoins une partie du questionnement et de la démarche empirique.

Les chercheurs officiant dans le champ d'étude des *Naturalistic Decision Making* (NDM) entendent étudier les processus de prise de décision *in vivo*. Bien qu'une partie de ces travaux soit tendue vers des applications d'optimisation des systèmes d'aide à la décision, ce cadre de travail propose des perspectives pour qualifier et observer les situations de décision à haut niveau de complexité. Certains des travaux issus des NDM sont inscrits dans une approche prescriptive, alors que d'autres sont plus attachés à la description des processus de décision tels qu'ils se déroulent en situations « réelles ». Ce sont ces derniers qui retiendront notre attention.

Cette volonté affichée de se rapprocher des situations, des pratiques des acteurs, nous semble procéder d'une démarche similaire à celle entreprise dans notre travail. En effet, même si la « prise de décision » en tant que telle ne constitue pas le cœur de notre questionnement théorique, la façon dont cette notion est traitée par des auteurs qui partagent cette préoccupation de questionner les pratiques en situations dites de « prise de décision » est incontournable dans notre travail, sans toutefois perdre de vue nos propres préoccupations, à savoir qualifier les formes de rationalité à l'œuvre dans le processus, et les technologies qui l'équipent. C'est ce rapprochement des pratiques qui permet de saisir comment les relations – la communication – font émerger un ordre social. Et c'est paradoxalement en se rapprochant des pratiques des acteurs que l'on peut dépasser le local et comprendre comment l'organisation est produite et reproduite dans les interactions.

De plus, nous rejoignons la démarche des auteurs NDM en ce qu'elle prolonge, en notre sens, la proposition d'Hutchins, qui s'intéresse à la cognition, dans une acception beaucoup plus large que celle des travaux classiques, dont ceux relatifs à la prise de décision. Le modèle de la cognition distribuée, forgé par Hutchins²³ est également tout à fait pertinent pour interroger les mécanismes cognitifs lorsqu'on se situe dans une approche tenant compte des

23. Nous avons emprunté la formule au titre de son ouvrage « *Cognition in the wild* » pour le titre de cette sous-section.

non-humains dans les interactions, et plus largement dans l'action (Hutchins, 1994; 1996; 2000) (Voir 2.3.2, p. 98 et suivantes).

Le cadre proposé par les approches NDM – bien que ne se réclamant pas explicitement du modèle de la cognition distribuée mais citant cependant les travaux d'Hutchins – regrette que les modèles classiques portant sur la prise de décision ne soient pas toujours adaptés aux conditions « réelles », et propose de les dépasser en adoptant une stratégie de terrain de type ethnographique, consistant à abandonner les simulations en laboratoires pour se rapprocher des acteurs confrontés à des situations complexes (Klein, 1993b). Les auteurs relèvent un ensemble de facteurs qui rendent nécessaires les approches NDM :

- un environnement dynamique et continuellement changeant,
- des réactions en temps réel à ces changements,
- des objectifs mal définis et des tâches mal structurées,
- des acteurs à haut niveau de qualification.²⁴

D'un point de vue méthodologique, ce cadre propose de recourir principalement à des observations de terrain ethnographiques, mais également à de l'analyse de tâches cognitives, de différents types²⁵ (Lipshitz *et al.*, 2001).

Si l'on considère l'activité des médecins, *a priori*, nous notons que ces critères paraissent appropriés pour qualifier une partie de ses caractéristiques. Cependant, certains critères majeurs sont manquants, comme en particulier la dimension conjecturale, éthique de l'activité, ou plus globalement sa qualification comme pratique prudentielle. Nous présentons cependant l'un de ces cadres d'analyse, à titre d'exemple²⁶.

Le cadre d'analyse « Explanation-Based Decision Making » s'intéresse aux décisions ayant d'importantes implications, et où l'évaluation de « preuves » constitue une tâche significative et préliminaire à une étape prospective sur le cours de l'action (Pennington et Hastie, 1993). Ce modèle est développé à partir d'un terrain relatif à une prise de décision de justice. Notre lecture se base sur une considération de la notion de preuve mobilisée par les jurés dans l'étude, pour tenter de l'appliquer à l'*evidence* médicale. Le processus de prise de décision est constitué de différentes étapes. Une des étapes consiste en la construction d'une explication, une histoire, basée sur des articulations causales. Une autre étape est consacrée à la construction d'un ensemble d'alternatives possibles. La décision finale est élaborée lors d'un processus

24. Notre traduction. (*Ibid.*, vii).

25. Critical Decision Method, Critical Incident Technique, Timeline

26. D'autres travaux existent, comme par exemple (Rasmussen, 1993), mais la portée de l'étude était très différente de la nôtre, puisque suivant le processus de décision jusqu'à sa mise en œuvre, et n'était donc pas exploitable dans ce travail. Le modèle Recognition-Primed Decision Making (RPD) (Klein, 1993a, Lipshitz *et al.*, 2001) est aussi très intéressant et riche, en particulier pour l'attention qu'il porte au travail de catégorisation, mais l'accent était mis de façon très importante sur l'urgence dans la prise de décision (terrain consacré aux pompiers)

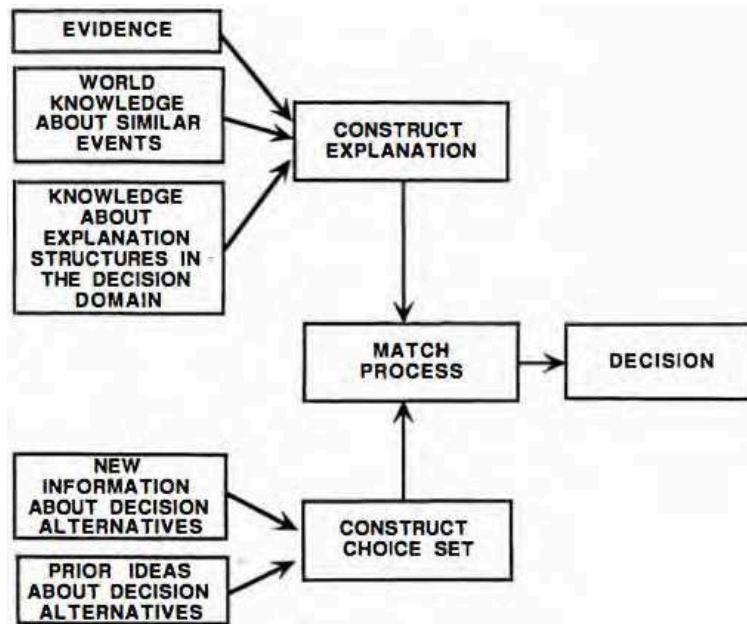


FIGURE 3.2 – Étapes du modèle EBDM (Pennington et Hastie, 1993, p. 189)

de mise en concordance, ou appariement (*pairing*) de la situation et des choix (voir figure 3.2). Cette approche interrogeant la construction de la décision nous semble intéressante en ce qu'elle mobilise des éléments importants de notre terrain, comme la narration (considérée comme constitutive du savoir médical par l'anthropologue Hunter (1993)) et les preuves (que nous pourrions articuler avec le discours justifié de l'*EBM*). Nous relevons cependant que la communication entre les membres de l'équipe, et la présence d'artefacts n'est pas mentionnée ni questionnée. Par ailleurs, l'intérêt de l'ethnographie de terrain est important, mais ne permet pas de mettre en évidence les différents espaces organisationnels présentifiés dans les interactions. Ces éléments manquent cruellement aux quelques cadres d'analyse qui sortent des approches prescriptives pour pouvoir en faire usage dans notre travail. Ce sont pourtant les travaux récents les plus similaires à notre recherche que nous avons pu trouver.

Après avoir brièvement présenté ces travaux issus des NDM, et en nous appuyant sur le paradigme de la cognition distribuée présenté dans le second chapitre, que pouvons-nous retenir de ces différents apports théoriques? Tout d'abord, les travaux d'Hutchins, largement repris dans le champ des *workplace studies* ne posent pas de problème particulier avec la spécificité de notre terrain et de notre approche, pour sa partie situationnelle. Il sera cependant nécessaire d'articuler l'unité d'analyse retenue avec d'autres éléments théoriques issus de travaux en communication organisationnelle afin de pouvoir dépasser la seule interaction locale, ne suffisant pas à embrasser la totalité de la problématique de ce travail. Nous soulignons cependant la singularité de ce cadre qui permet de s'intéresser à la cognition *in the wild*, c'est-à-dire en l'étudiant dans son contexte interactionnel et matériel. Les travaux NDM, quant à eux, proposent une démarche similaire d'un point de vue empirique, appuyée sur des méthodes ethnographiques. La richesse et le nombre des travaux existants sont également à souligner, mais un travail très important d'acclimatation dans une approche organisationnelle resterait cependant à accomplir, sans assurance de succès tant les approches divergent dans leurs postulats de départ et leurs objectifs scientifiques.

SYNTHÈSE

Quelles perspectives s'offrent alors à nous pour conceptualiser la décision, d'une part, et pour aborder cette notion comme un observable sur notre terrain? Nous proposons d'esquisser une synthèse, plusieurs éléments que nous souhaitons conserver de cet état de l'art pour les incorporer dans notre outillage théorique pour aborder le terrain :

- Le paradigme de l'EBM est tourné vers l'exercice de la décision et vise à la rendre rationnelle et scientifique (Sackett *et al.*, 1996, Rosenberg et Donald, 1995a).
- La prise de décision a été longuement étudiée dans de nombreuses disciplines, ce qui a entraîné la production de modèles, souvent basés sur des acteurs rationnels dans des environnements maîtrisés (Simon, 1983). La plupart de ces modèles ne peuvent s'appliquer à la nature conjecturale de l'activité médicale, et se placent dans une approche prescriptive qui est éloignée des visées de ce travail (Jungermann, 2004).
- Le modèle EBDM, issu de l'approche Naturalistic Decision Making proposerait une façon intéressante de formaliser la méthode de prise de décision, mais demanderait à être repris afin de retracer le rôle des différents actants prenant part à l'action, sans quoi l'hétérogénéité et la dislocation du processus de décision seraient aplaties (Pennington et Hastie, 1993, Hutchins, 1996, Berg, 1997).

3.3 LA DÉCISION EST-ELLE UN OBJET COMMUNICATIONNEL ?

Alors que nous avons examiné successivement les conceptions de la décision du point de vue empirique, établi un état de la littérature sélectif sur la question, il convient maintenant d'entamer le travail de construction de notre objet. Pour cela, il est nécessaire de nous poser la question suivante : la décision est-elle un objet communicationnel ? Pour le dire autrement, pouvons-nous poser cet objet tel qu'il a été élaboré ailleurs comme objet scientifique dans notre discipline d'une part, et dans notre problématique d'autre part ?

Répondre à ces questions suppose de mettre au clair certains points. Avant toute chose, il nous semble opportun de présenter une sélection de travaux mobilisant ce concept, et dont l'approche globale est proche de la nôtre. Un premier point sera donc consacré aux tentatives de construction de la décision dans des approches communicationnelles, ou du moins compatibles avec celles-ci. Nous verrons que dans ces travaux, pour ceux qui se rapprochent le plus de nos terrain, méthodologie, et problématique ; le concept de « décision » vole en éclats.

Ceci nous conduit à poser une nouvelle question, relative à l'entreprise de ce chapitre : un objet peut-il être communicationnel ? Et si tel est le cas, quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes à la construction d'un tel objet ? Concernant notre cas, peut-on l'appliquer à la décision médicale ?

Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à ces questions dans un second temps, ce qui nous permettra de poursuivre le projet entamé dans ce chapitre : construire un objet scientifique permettant de questionner dans une approche communicationnelle ce qui est désigné sous le terme « décision » dans notre matériau empirique.

3.3.1 INTERROGER COMMUNICATIONNELLEMENT LA DÉCISION

Dans le champ des sciences de l'information et de la communication, la question de la « prise de décision » demande à être retravaillée de façon à pouvoir être étudiée dans une approche communicationnelle. Cette question n'étant pas un des domaines de recherche qui pourraient être spontanément rattachés aux sciences de l'information et de la communication, nous soulignons que les processus que nous avons observés sur le terrain sont avant toute chose des situations de communication. Ce sont également des situations d'exercice professionnel pour les acteurs, donnant à voir une organisation en action, des pratiques, que nous interrogeons par les communications qui leur donnent forme. Mais il est effectivement question de « décisions » dans les différents espaces organisationnels que nous avons pu observer. Nous tenterons donc ici de proposer une synthèse des éléments présentés dans ce chapitre et de les articuler dans une perspective communicationnelle.

Dans un numéro consacré à *La fabrique de la décision* de la *Revue française de gestion*, les coordinateurs du dossier thématique dressent un état des lieux de la question et présentent les différentes approches en présence (Germain et Lacolley, 2012). Avant de procéder à cette présentation des articles composant le dossier, les auteurs de l'article introductif – intitulé *La décision existe-t-elle?* – énoncent : « *La persistance dans la pensée occidentale d'une distinction artificielle entre pensée et action a contribué au maintien de la fiction du dirigeant héroïque et donc du mythe excessif de "la" décision.* ». Alors que l'on pose la question de l'existence même de la décision, il est important de déconstruire cette figure entourant la notion de décision – peut-être issue de la pensée occidentale, mais la démonstration n'en est pas effectuée dans l'article – pour en questionner la validité, au moins d'un point de vue empirique. Une réponse partielle vient peu après, appuyée sur les travaux d'H. Laroche (1995). Dans l'article cité, ce dernier critique les travaux remettant en cause la pertinence de la notion de « prise de décision », ou leur accordant un rôle très mineur dans leurs études de l'organisation²⁷. Le cœur de sa critique s'appuie sur le fait que l'on continue sur le terrain à parler de décision et de prise de décision. Nous ne pouvons donc que partager ce constat. La proposition faite par l'auteur – considérer la décision et la prise de décision comme des « représentations sociales » – n'est cependant pas une option que nous envisageons dans ce travail, la notion de « représentation sociale » n'étant pas compatible avec nos ancrages théoriques.

La nécessité de penser les processus décisionnels que nous étudions dans leur dimension située, locale et en même temps incluse dans un contexte organisationnel plus large demande d'opérer une conceptualisation particulière à notre discipline, où il s'agit de poser la *relation* comme première. Il s'agit donc dans un premier temps d'envisager la prise de décision dans l'*interaction* dans laquelle elle est *produite*. En effet, nous rejoignons Brassac (Brassac et Fix-

27. La critique vaut pour Weick, par exemple, qui accorde un primat au *sensemaking* sur la « prise de décision ».

mer, 2004) et Grosjean (Grosjean et Robichaud, 2010), en nous détachant d'une vision nodale et rationaliste de la prise de décision pour l'envisager sous un angle processuel, situé et interactionniste. Nous nous attachons également à ne pas clore l'interaction sur elle-même sans prêter attention aux entités distantes qui prennent part à l'action et à l'interaction lorsqu'elles sont présentifiées. C'est cette préoccupation supplémentaire qui nous permet d'inclure la problématique de la décision dans celle plus large de la rationalisation des organisations de santé.

Nous reprenons les travaux de J.-L. Bouillon, en particulier dans son habilitation à diriger des recherches (Bouillon, 2013), où ce sujet est abordé. La question de la décision n'est pas centrale dans le travail de J.-L. Bouillon, mais elle fait l'objet d'un développement qui nous a semblé intéressant, car abordé par le prisme de la rationalisation, au sein d'une section consacrée à la notion d'incertitude communicationnelle. Cette contribution nous permet de rattacher la question de la décision dans la globalité des processus de rationalisation qui sont au cœur de notre problématique. Il s'agit ici de travailler l'articulation de différents observables, d'ajouter à une approche empirique de la décision *in the wild* une préoccupation qui traverse l'organisation et différents niveaux d'observables.

En effet, comme le développent Brassac et Fixmer, il ne s'agit pas de traiter la prise de décision comme si la décision préexistait à l'action (*prendre* une décision), mais d'étudier la façon dont la décision est *construite*. Si l'on s'intéresse à cela, il est nécessaire préalablement de *déconstruire* la décision médicale, pour ensuite s'intéresser à la façon dont elle est construite dans l'interaction. Déconstruire cette notion, c'est questionner dans quelles mesures le terme de *décision* employé par les médecins, les organismes publics de santé, les patients, les systèmes d'information, désigne et recouvre une notion robuste, enchâssée dans des pratiques.

C'est un travail qui a été effectué, dans une optique un peu différente de la nôtre, par Berg (Berg, 1997). Dans sa thèse de doctorat, l'auteur a étudié comment les pratiques médicales étaient transformées par les outils d'aide à la décision, et réciproquement. Par l'étude de trois systèmes techniques²⁸, un système d'aide à la décision à base de connaissances²⁹ ainsi que des protocoles. L'auteur a donc étudié la façon dont des technologies ont accompagné une volonté de rendre « rationnelles » les décisions médicales, en présentant successivement la littérature médicale sur le sujet, la conception de ces technologies, pour s'intéresser enfin aux pratiques des soignants, dont les médecins. C'est dans cette analyse fine des pratiques du *travail médical* que Berg nous apporte des perspectives pour penser la notion de décision dans une approche communicationnelle d'une part, mais impliquant également la notion

28. Technologies artefacts et technologies méthodes, bien que l'auteur ne les présente pas ainsi.

29. Plus exactement un système expert, comprenant une base de connaissances et un moteur d'inférences.

d'organisation entendue comme niveau intermédiaire de structuration sociale d'autre part.

Berg positionne son approche des pratiques du travail médical dans la lignée du travail de Strauss (1992). Il définit le travail médical comme : « *the continuous struggle to make a patient's trajectory "on track". In this process, anamnesic information, examination results and medical criteria are not so much "uncovered" or given" as they are continuously reconstructed.* »³⁰ (Berg, 1997, pp. 127-128). Dans cette approche, la notion de décision médicale doit donc être repensée. Inscrivant son travail dans la tradition ethnométhodologique, l'auteur expose la façon dont le travail médical constitue un processus de façonnage³¹ au cours duquel le patient et sa situation médicale sont reconstruits de façon à les rendre *manageables* dans des routines d'action existantes. Ce travail de construction n'est pas entièrement dévolu à un médecin, mais distribué entre de multiples entités^{32, 33}.

Chez Berg, la question de la décision n'est donc pas abordée *in abstracto*, mais inscrite dans la complexité du travail médical et des hétérogénéités qui le constituent. Et dans cette conception, la notion de décision « explose » : « *In this perspective there is no longer any place for a notion of medical work as consisting of single-moment, cognitive decisions. The term "decision" itself reflects a strong tendency to attribute agency to "point locations"* »³⁴ (Berg, 1997, p. 135). La décision est donc appréhendée par l'auteur comme un processus distribué spatialement, matériellement, temporellement et socialement.

Pourtant, sur notre terrain comme sur celui de Laroche (1995), les acteurs parlent de « décision », et ce terme semble désigner une réalité partagée, dans notre cas l'inscription d'un protocole de prise en charge thérapeutique, ou d'une suite à donner à la discussion du cas. Berg expose la façon dont le point nodal de la décision est construit *post hoc* : « *The post hoc attribution of "decisions" to physicians, the rewriting of the chain of distributed events into a story in which a doctor decides on the patient's signs [...] is part and parcel of the organizational production of the physician as the central actor.* »³⁵ (*Ibid.*, 135). Cette conception corrobore

30. *la lutte permanente pour maintenir la trajectoire du patient "sur la bonne voie".* [NDT : expression empruntée par Berg à Strauss] *Dans ce processus, l'information anamnésique, les résultats d'examens et les critères médicaux ne sont pas tant « découverts » ou « donnés » puisqu'ils sont continuellement reconstruits.* (Notre trad.)

31. « *molding* » dans le texte original.

32. L'auteur cite le travail infirmier, les protocoles de laboratoire, les formulaires, les critères, les instruments médicaux, le dossier médical, qui sont tous impliqués dans la gestion de la trajectoire du patient. (*Ibid.* pp.132-133)

33. Le terme « *distribué* » n'est pas choisi au hasard, l'auteur cite Hutchins (1996), insistant sur le fait que ces entités ne sont pas placées entre le médecin et la tâche, mais que la tâche est bien distribuée parmi toutes ces entités.

34. *Dans cette perspective, il n'y a plus de place pour un travail médical entendu comme un moment précis où a lieu une décision cognitive. Le terme « décision » lui-même reflète une forte tendance à attribuer la capacité d'action à une « localisation précise ».* [NDT : Une citation de Callon et Law suit.] (Notre trad.)

35. *L'attribution post hoc de la "décision" aux médecins, la réécriture de la chaîne d'événements distribués en une histoire dans laquelle le médecin décide à partir des symptômes du patient, est une partie de la production organisationnelle du médecin en tant qu'acteur central.* (Notre trad.)

celle de Weick : « *Decision making consists of locating, articulating, and ratifying that earlier choice* »³⁶ (Weick, 1995, p.185). Il ajoute que la « véritable » (*sic*) décision a déjà été mise en action avant que les acteurs déclarent qu'elle a été prise.

Weick, qui se place également dans une approche similaire à celle de Berg quant à la réalité nodale de la décision que les deux auteurs proposent de déconstruire, ajoute ceci : « *What is crucial about this is that a decision is an act of interpretation rather than an act of choice.* »³⁷ (*Ibid.*, 185). Nous relevons cette proposition faite par l'auteur d'envisager la construction d'une décision comme une construction de sens partagé. Cette question de l'interprétation sera traitée de façon plus approfondie dans le chapitre suivant. Cette façon d'aborder le processus de construction de la décision, une construction distribuée et hétérogène (Hutchins, 1996, Berg, 1997), inscrite dans une dynamique organisationnelle de construction de sens (Weick, 1995), et passant par l'élaboration de narrations (Hunter, 1993, Pennington et Hastie, 1993), ouvre la porte à une analyse communicationnelle de nos observables.

Cependant, le périmètre de notre matériau empirique, la problématique que nous avons élaborée, et le corpus théorique que nous avons constitué ne sont pas totalement compatibles avec ces approches. Les conclusions de Berg sur la reconstruction *post hoc* de la décision est certes pertinente lorsque l'on englobe le fonctionnement d'un service entier dans ses observables, mais cela n'est pas directement observable sur notre propre terrain. En effet, pour pouvoir se positionner dans la perspective proposée par Berg, il aurait été nécessaire de suivre l'exécution des choix thérapeutiques discutés lors des réunions, ce qui n'a pas été possible sur notre terrain (Voir 5.2.1, p. 213 et suivantes). Par ailleurs, la position tenue par Weick, en considérant qu'il est possible de rabattre la *décision* sur un processus interprétatif nous pose également problème : en effet, la complexité des pratiques des médecins met certes au premier plan ce qui relève du travail d'interprétation, mais ne saurait en rien occulter ce qui relève de l'examen des options ouvertes, de leurs conséquences, de la dimension prudentielle de l'activité. De plus, la faible attention portée par Weick aux technologies dans l'activité nous invite également à examiner des perspectives alternatives, se prêtant davantage à notre matériau empirique, au questionnement que nous menons et à nos ancrages théoriques.

36. *La prise de décision consiste en une localisation, articulation et ratification d'un choix précédent.* (Notre trad.)

37. *Ce qui est crucial à ce propos,*[NDT : à propos de la postériorité de l'énonciation de la prise de décision par rapport à son effectuation] *c'est que la décision est davantage un acte d'interprétation qu'un acte de choix*

3.3.2 UN OBJET PEUT-IL ÊTRE COMMUNICATIONNEL ?

Comme nous venons de le voir, dans les différents travaux que nous avons cités, la notion de « décision », dans notre discipline comme dans des approches voisines, se montre récalcitrante et insaisissable. Il semble clair, en suivant Berg en particulier, sur un terrain très proche du nôtre, que la « décision » dont il est question dans notre matériau explose lorsqu'on tente de la saisir. Pourtant, comme nous le relevions en début de chapitre, la force empirique portant le même nom que le concept est très importante et très présente, tant dans les dispositifs que dans les discours qu'ils équipent. Comment faire pour construire un objet de recherche à partir de ces éléments ?

Afin de poursuivre le chemin que nous avons commencé à emprunter, nous proposons de nous appuyer voire de prendre modèle sur une démarche similaire entreprise par Urfalino (2005). En proposant une réponse à la question « *La décision fut-elle jamais un objet sociologique ?* », l'auteur effectue un parcours de la littérature classique du domaine, où il adopte une posture réflexive sur la discipline sociologique et ses objets. Nous souhaitons tenter un exercice similaire ici, en le transposant à notre discipline.

Au vu de la proximité de nos disciplines, nous pouvons d'ores et déjà reprendre un certain nombre de ses constats, ne nécessitant pas de travail d'acclimatation particulier. Il relève dans un premier temps l'imprécision du terme, recouvrant des ordres de réalité très variés, ce que nous ne pouvons que reconnaître avec lui. Dans son parcours de la littérature, il relève quelques éléments relatifs à la généalogie du concept en sciences sociales : l'acquisition de son statut d'objet en sciences sociales depuis les années cinquante ; l'« évidence de l'objet » entre les années cinquante et soixante-dix ; et l'inscription de ces éléments dans une dynamique d'« auto-destruction » (sic) entre 1945 et les travaux contemporains.

Outre ces éléments chronologiques relatifs à la sociologie, le parcours de la littérature de P. Urfalino s'attarde également sur les différentes conceptions de « la rationalité » qui se déploient dans les différentes analyses de la seconde moitié du XX^e siècle, avant d'explicitier le « rejet de la décision » auquel aboutissent les travaux critiques en sociologie, pointant en particulier une conception trop rigide de la rationalité, ou la remise en cause d'une succession temporelle nécessaire entre décision et action. Ces éléments conduisent l'auteur à opérer deux critiques conceptuelles majeures. La première tient à l'absence de véritable définition du concept de décision dans la plupart des travaux évoqués. La seconde porte sur les conceptions de l'action qui les supporte.

Ces précisions ancrées dans le champ de la sociologie apportent une mise en perspective intéressante, permettant de poser les enjeux du concept de façon très judicieuse. Mais ce

qui nous semble être le plus pertinent, dans l'analyse de P. Urfalino, c'est son regard réflexif sur la façon de questionner les objets. En effet, il souligne le double sens du terme « objet » qu'il emploie dans l'article : la sociologie qui se donne pour objet la décision ; ou la décision comme objet sociologique. Ce qu'il met ici en exergue fait écho de façon très particulière au chercheur engagé dans un travail inscrit en sciences de l'information et de la communication.

Bien que notre discipline fasse partie des sciences sociales, et que la dimension sociologique soit une part importante des enquêtes menées, nous devons expliciter ici une des différences majeures qui distinguent les deux ensembles disciplinaires évoqués ici. Alors que la sociologie peut se définir, en partie, par ses objets – ce qui rend la question posée par P. Urfalino cruciale – ce n'est pas le cas pour les sciences de l'information et de la communication. Le titre de la présente partie constitue en fait une question rhétorique. Un objet n'est pas, ontologiquement, communicationnel ou non. Ou du moins, ce n'est pas le cas dans l'approche que nous adoptons.

Tout ceci nous conduit donc au constat suivant. Certes, répondre à la question « la décision est-elle un objet communicationnel ? » ne présente pas de pertinence particulière en soi. Ce qui apporte un intérêt, c'est de se poser la question plus spécifique de ce qui constitue la dimension communicationnelle d'un objet, précisément lorsque l'on est en train de le construire. En effet, il est commun, en sciences de l'information et de la communication, de revendiquer une « approche communicationnelle » plutôt que d'insister sur la dimension communicationnelle d'un objet, ou sur le fait que l'objet concret qui est « pris pour objet » soit socialement considéré comme relevant de la communication.

SYNTHÈSE

Alors que la section suivante va être consacrée à la construction de l'objet problématisé dont nous avons déconstruit l'acception empirique, ainsi que les conceptualisations relatives à celui-ci relevant de disciplines plus ou moins voisines, il convient de dresser une synthèse des éléments nécessaires et suffisants à cette entreprise en nous appuyant sur différents auteurs du champ. Construire la décision médicale en objet de recherche dans une approche communicationnelle suppose donc, dans la démarche que nous avons retenue :

- En suivant F. Bernard (2000), il est essentiel d'opérer une distinction entre les objets « professionnels », c'est-à-dire les objets tels qu'ils sont construits par les acteurs et les organisations étudiées, des objets scientifiques tels qu'ils sont construits par le chercheur. Outre la prise de distance nécessaire avec le travail empirique, évitant de se limiter aux pré-catégorisations opérées de façon inconnue par d'autres, cette distinction permet également de ne pas se trouver pris dans une position d'expertise ou d'ingénierie sociale qui ne correspond pas au positionnement institutionnel des SIC (Miege, 2005).
- Dans le sixième chapitre de « *Questions de méthode* », S. Olivesi (2004a) procède à un développement épistémologique important au sujet du travail conceptuel. Nous en relevons un élément qui nous semble crucial. S'il est peut être superflu de rappeler que les SIC se saisissent souvent de notions et de concepts provenant de disciplines voisines, il est important de souligner comme le fait S. Olivesi que, sans pour autant confondre le terme et le concept (p. 95), l'usage d'une notion *véhicule* des conceptions (p. 93), dont nous pensons qu'il est important de les utiliser de façon opportune voire opportuniste.
- Bien que nous ne souhaitions pas utiliser la totalité de la nomenclature produite par Davallon (2004)³⁸, nous reconnaissons cependant avec l'auteur qu'une des spécificités de l'acte de construction d'un objet en se plaçant d'un point de vue communicationnel réside dans la prise de distance par rapport aux *objets concrets* que ce travail suppose. Après avoir insisté sur la dimension technique des objets concrets, Davallon identifie quatre principes à l'œuvre lors de la construction d'un objet en SIC (p. 35) :

1. le lestage technosémiotique;

L'objet, en tant que processus communicationnel objectivé, présente une dimen-

38. Alors même que la notion d'*objet concret*, désignant les observables que le chercheur considère, nous semble incontournable dans notre travail, ce n'est pas le cas pour les deux autres catégories que construit Davallon. Les spécificités du terrain et de la problématique que nous avons construite nous amènerait soit à construire une nouvelle catégorie; soit à confondre *objet de recherche* et *objet scientifique*. Pour Davallon, l'*objet de recherche* est problématisé, alors que l'*objet scientifique* se situe du côté des résultats de la recherche. Dans notre cas, nous avons trois objets se recoupant et se complétant à considérer : le raisonnement médical; la délibération; la catégorisation. Ils sont tous trois problématisés, et seront réinvestis tout au long de la thèse pour devenir des *objets scientifiques* au sens de Davallon. Nous utiliserons donc les termes *objet de recherche* et *objet scientifique* de façon indifférenciée, puisque les objets de la recherche sont amenés à se transformer progressivement en objets scientifiques.

sion technique permettant de supporter, favoriser, rendre possible, les activités de production de sens inhérentes aux situations de communications auxquelles correspond l'objet, et dont l'analyse est à construire.

2. la réflexivité;

Il est ici fait référence à la construction des objets et aux modalités retenues pour cette tâche. C'est précisément ce que nous sommes en train de réaliser ici.

3. l'échelle d'observation;

Davallon souligne ici les implications relatives au choix des objets vis-à-vis de la catégorisation des éléments observés en termes d'échelle (micro ou macro, par exemple.).

4. le degré d'abstraction.

Il est ici question de la façon dont le chercheur procède pour la construction de son objet, entre la description des objets et l'imagination conceptuelle.

- Pour terminer cette sous section, il nous semble important de prendre un peu de recul par rapport à la construction de l'objet; et ce afin de souligner les enjeux auxquels l'objet en construction doit répondre. Selon (Perret, 2004, p. 125), l'originalité de l'approche est de « *construire des axes de recherche guidés par l'intention de traiter conjointement ces dimensions que les spécialisations traditionnelles laissent séparées : comment faire se rejoindre les signes et les supports, les acteurs et les objets, les situations et la génération du sens* ». En effet, après avoir souligné l'importance de la *multidimensionnalité* du regard qui interroge les objets, l'auteur identifie trois dimensions caractéristiques, trois pôles dont les approches communicationnelles cherchent à éclairer les *rappports* : le social, le technique, et le sémiotique. Ce sont ces trois pôles qui guident notre recherche.

3.4 LA DÉLIBÉRATION COMME PRATIQUE COMMUNICATIONNELLE ET PRUDENTIELLE

Nous arrivons à la dernière étape du troisième chapitre. Après avoir interrogé les éléments empiriques ayant présidé au choix de la construction de cet objet de terrain nommé « décision », il est maintenant temps de décrire la façon dont nous nous saisissons de ces éléments pour pouvoir les mobiliser de façon adéquate lors de l'analyse du matériau. Le changement le plus évident est le changement de nom qui sera opéré à partir de maintenant. Lorsque nous emploierons le terme de *décision*, nous ferons référence à des éléments empiriques ; le terme *délibération* pointera vers notre construction conceptuelle, propre à ce travail.

Construire un objet de recherche en SIC, nous l'avons vu, suppose de produire un objet problématisé, remplissant un certain nombre de caractéristiques que nous venons de présenter. C'est donc l'objet de la première partie de cette section. Nous justifierons dans un premier temps le choix du terme, les ancrages philosophiques à partir desquels nous avons opéré. Nous expliciterons ensuite les caractéristiques de l'objet, et en quoi ceux-ci participent à la fois à la problématisation de l'objet et à sa capacité à éclairer des questionnements propres aux SIC.

Le tout début du troisième chapitre interroge la « décision » médicale en tant que catégorie empirique. C'est à partir de là que notre entreprise a été initiée, et c'est ici qu'elle se terminera. Il s'agit ici de reprendre les éléments que nous avons identifiés dans la première section afin d'explicitier en quoi l'objet précédemment construit permet de questionner les pratiques professionnelles, tant sur le plan de la préservation de la richesse du matériau empirique, que dans la capacité à intégrer ce type de pratiques dans la problématique générale de notre travail.

3.4.1 CONSTRUIRE LA DÉLIBÉRATION COMME OBJET PROBLÉMATISÉ

Comme nous l'avons évoqué lors de l'introduction de cette section, le terme de « délibération » ne vient pas de théories issues du champ des sciences de l'information et de la communication. Le choix de ce terme remplit trois fonctions principales. Tout d'abord, il nous permet d'éviter des lourdeurs typographiques pour différencier la décision en tant que catégorie empirique, ou pré-notion professionnelle, du processus de production d'une décision thérapeutique tel que nous l'envisageons au travers des activités communicationnelles, c'est-à-dire d'activités de production de sens, de production logique, collectives et appuyées sur des dispositifs techniques. En effet, comme le relève Olivesi (2004a), il est essentiel de ne pas confondre termes et concepts, et c'est principalement pour cette raison qu'il a été nécessaire d'investir une nouvelle terminologie.

Ces éléments expliquent le choix d'un autre terme que « décision », mais n'éclairent pas pour autant le fait que nous ayons jugé pertinent d'utiliser celui de « délibération ». Ce choix s'explique par les deux raisons suivantes. La première est la dimension processuelle qui véhicule le terme de « délibération », contrairement à celui de « décision », qui en fait un point nodal, laissant envisager une activité sans temporalité. Le fait de construire des objets en tant que processus communicationnels s'en voit alors conforté par le choix de ce terme. La dernière raison est l'inspiration aristotélicienne de ce choix. En effet, nous avons pris comme point de départ de la construction de notre objet les considérations d'Aristote sur la pratique de la décision, et particulièrement en regard avec la notion de *prudence*, qui joue un rôle central dans notre problématique.

Il nous semble important de justifier ce choix de partir d'Aristote pour construire un de nos objets de recherche. Il ne s'agit pas ici d'une tentative de faire appel à un argument d'autorité, mais du résultat d'une démarche systématique. En effet, lorsque l'on interroge le concept de décision pour établir un état de la littérature sur la question, on cherche généralement à établir la première occurrence du terme pour procéder de façon chronologique, qui se trouvent dans notre cas dans les écrits d'Aristote. Il se trouve que les éléments que nous avons rencontrés chez Aristote, et en particulier dans les relations entretenues entre les pratiques de la décision et la vertu de *prudence* ont été particulièrement féconds. C'est pour cette raison que nous avons repris le terme de « délibération », sans pour autant reprendre systématiquement l'analyse proposée par l'auteur.

En effet, on retrouve chez Aristote comme chez beaucoup d'auteurs qui se sont penchés sur la question de la décision, une conception nodale du concept de décision qui pose problème, dans l'articulation temporelle proposée. Il ne nous paraît pas pertinent de considérer, avec cet auteur comme avec les autres, la décision comme phase temporelle succédant à l'élaboration

des différentes options de choix possibles. Non que cette conception nous paraisse erronée, là n'est pas la question, et nous n'entendons pas nous positionner sur ce plan, mais la divergence de vues qui s'opère ici réside dans le fait que cette conception de la pratique décisionnelle nous empêcherait de penser ce que nous voulons penser ici, à savoir les articulations des différentes dimensions communicationnelles dans la production des rationalités à l'œuvre dans l'élaboration de la *décision* – que nous employons ici en tant que catégorie empirique.

La conception aristotélicienne de l'activité humaine est un point d'accroche particulièrement intéressant, en ce qu'il nous permet de nous situer dans une perspective anthropologique mettant en scène la *prudence*, mode de connaissance et d'action spécifique aux activités qui nous intéressent ici. Chez Aristote, le domaine dans lequel se déploie l'activité humaine est le domaine de la *contingence*. Dans la cosmologie aristotélicienne, la *contingence* est liée à l'indétermination de la matière, c'est ce qui résiste à la *science*, en tant qu'*episteme*, c'est-à-dire dans son acception absolue du savoir spéculatif. La *contingence* est donc le domaine de l'action humaine, en tant qu'elle peut venir bousculer le *nécessaire* – qui s'oppose au *contingent* –, s'insérer dans l'ordre du monde pour le modifier.

Nous reproduisons ci-après une représentation graphique de la division de l'activité humaine chez Aristote, d'après Bruno Bachimont (Bachimont, 2010, p. 91). Cette représentation permet de situer les concepts que nous mobilisons dans l'architecture globale dans lesquels ils s'inscrivent.

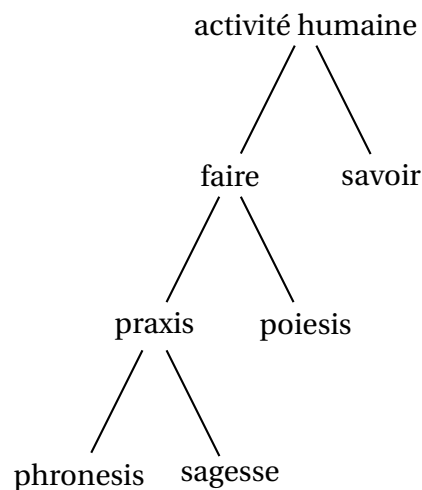


FIGURE 3.3 – Division aristotélicienne de l'activité humaine, d'après Bachimont (2010)

Dans son œuvre en partie consacrée à l'action prudente, l'*Éthique à Nicomaque*, Aristote pose donc les bases de la pratique du jugement éthique non pas sous le modèle du géomètre, parangon du savoir et de la science, mais en le comparant au modèle du savoir-faire du

charpentier. Il s'agit donc de se situer dans la *praxis*, qui se meut dans le domaine de la contingence, et du particulier. Et c'est ici que se situe un point essentiel de l'apport anthropologique d'Aristote. Un aspect de son analyse de l'activité humaine se situe dans la relation, la tension entre l'universel et le particulier (Aubenque, 2014, p. 139).

Illustrons ce propos, en l'appliquant à la question de la décision, à partir d'un des apports majeurs d'Aristote que constitue le syllogisme pratique. Un syllogisme pratique est composé de trois éléments : la majeure, la mineure, et la conclusion. La majeure énonce un principe, la mineure subsume un cas particulier sous le concept de la majeure, et la conclusion applique le principe général au cas particulier. Cette construction abstraite peut très bien s'appliquer à la décision. Cependant, comme le relève Aubenque, il s'agit d'une reconstruction *a posteriori*, qui laisse complètement de côté le temps de la délibération, celui qui produit la mineure du raisonnement syllogistique.

Dans la construction conceptuelle d'Aristote, ce que nous appelons *décision* dans le sens commun, se retrouve sous le terme de *proairesis*, reconstruction abstraite de l'acte terminal de la décision. C'est l'établissement de la conclusion. Ce qui précède, précisément, c'est la phase de *délibération*, pouvant être de durée variable. En effet, dans le syllogisme pratique, une fois les deux prémisses posées, la conclusion est immédiate, nous serions tentée de dire « automatique ». La *délibération* chez Aristote est au contraire une minutieuse analyse, dans laquelle se retrouve l'action prudente, et dont la terminaison permet l'établissement de la mineure du raisonnement. Alors que le syllogisme par son formalisme apparent pourrait laisser penser à une approche de détermination scientifique de l'action, il faut au contraire insister sur les analyses du choix délibératif chez Aristote, et sur l'importance de la vertu de prudence dans ce processus, qui est une vertu relative à l'opinion et non pas scientifique.

La délibération est donc l'espace où est effectué l'examen précis du cours à donner aux affaires humaines. Dans le cas de la médecine, évoqué par Aristote, la délibération prend tout son sens. Il s'agit de savoir, ou plutôt de prévoir l'efficacité des moyens envisagés pour la réalisation d'une fin³⁹, ce qui situe alors l'activité dans le domaine de l'opinion, du savoir approximatif : « *l'homme en est réduit aux conjectures* » (Aubenque, 2014, p. 110).

Un autre élément relatif à la *délibération* aristotélicienne est lié aux participants au processus. Les origines politiques du terme invitent à un premier détour très rapide par la *Rhétorique*. Comme le précise Aubenque, le *discours délibératif* s'adresse à des membres d'une même assemblée, c'est-à-dire à un collectif constitué de pairs, d'une part. D'autre part, cette forme de discours, toujours dans la *Rhétorique*, se produit dans un souci précautionneux de l'avenir,

39. En suivant Aubenque (2014), nous proposons ici de dépasser l'analyse première que l'on peut faire des écrits aristotéliciens en se cantonnant aux analyses en termes de fins et de moyens. Nous n'en faisons donc pas mention dans ce travail.

ce qui la distingue d'autres formes du discours rhétorique. Il s'adapte donc également aux échanges produits au cours du processus d'examen des cas médicaux, en particulier dans la dimension pronostique du raisonnement médical. Ces deux caractéristiques de la délibération – au sens aristotélicien – sont donc conservées dans notre objet : elles correspondent à la fois à la dimension prudentielle de l'activité et aux spécificités de la réunion de concertation qui nous intéresse.

Cependant, notre objet problématisé ne se restreint pas à la phase délibérative aristotélicienne, bien que nous en ayons retenu les éléments qui précèdent. Certaines caractéristiques de la phase terminale du choix, la *proairesis* sont également inclus dans notre objet. En effet, comme l'évoque Aubenque, la délibération aristotélicienne peut rester un vœu pieux, alors que le choix, *proairesis*, ne peut se désintéresser de la réalisation de la fin (Aubenque, 2014, p. 132). C'est la première raison qui nous invite à inclure la *proairesis* dans notre objet. Il est également nécessaire d'y ajouter certaines des dimensions de la *proairesis* qui correspondent particulièrement aux caractéristiques empiriques des pratiques décisionnelles en médecine. Nous relevons en particulier que la *proairesis*, en tant que choix non contraint, est le siège de l'imputabilité. Cet élément fait référence, dans notre cas, à la responsabilité qui est engagée dans la production décisionnelle, et la possibilité d'être amené à en rendre compte⁴⁰.

La *délibération* ou *processus délibératif*, en tant qu'objet problématisé dans ce travail, ne recouvre donc pas exactement la délibération aristotélicienne. Nous y avons adjoind certains des éléments qui relèvent chez Aristote de la *proairesis*. Cependant, nous retenons et soulignons que le choix de prendre appui sur cette notion permet de mettre en évidence les spécificités des pratiques décisionnelles en médecine. En effet, la *prudence* est chez Aristote la vertu de la délibération : « *on comprend par là que la prudence soit la vertu de la délibération, plus que de la contemplation, et du choix, plus que de la volonté : elle est la vertu du risque et de la décision* » (p. 137). Cet ancrage nous permet donc d'articuler la construction de cet objet de recherche avec notre problématique, où se positionne la tension entre *prudence* et dynamiques de rationalisation.

40. Voir 1.2.

3.4.2 LA DÉLIBÉRATION POUR INTERROGER LES PRATIQUES DÉCISIONNELLES EN MÉDECINE

Il s'agit maintenant de produire une synthèse des éléments que nous avons rassemblés à partir de notre parcours de la littérature, afin de stabiliser ce que nous appellerons désormais *délibération* ou *processus délibératif*. L'utilisation de l'italique nous permet de différencier le terme de « délibération » entendu dans son sens commun, ou au sens aristotélicien *stricto sensu* selon les précisions qui l'accompagnent, de celui de *délibération* qui désigne notre objet. De plus, comme nous l'avons relevé dans la section précédente en prenant appui sur Olivesi, le choix des termes n'est pas anodin, il véhicule des conceptions, qui correspondent ici particulièrement à l'objet et à la problématique. Ces précisions typographiques et terminologiques étant faites, ainsi que la démarcation que nous opérons entre notre objet et la catégorie empirique de la « décision », nous pouvons maintenant clore ce chapitre.

Dans la première section, nous avons interrogé la « décision médicale » en tant que catégorie empirique. Nous en avons conservé certains éléments saillants, qui nous semblaient mériter une attention particulière. Nous retrouvons donc dans le *processus délibératif*, de façon synthétique, l'idée selon laquelle il se produit une succession de *micro-décisions* au cours du raisonnement médical, dont l'aboutissement de la « décision » du langage commun consiste en un énoncé de projet thérapeutique. Le processus que nous observons peut donc être envisagé de façon empirique comme une suite de « micro-décisions ». Au cours de ce processus, les signes qui seront produits par les médecins et qui supporteront la *délibération* pourront aussi être d'origine non médicales. Enfin, d'un point de vue plus général, la pratique de la *délibération* se positionnera fondamentalement dans une pratique de la gestion de l'incertitude, elle-même positionnée dans une tension indépassable entre l'universel et le singulier.

À partir de ce rapide retour sur les éléments empiriques que nous avons conviés en début de chapitre, nous pouvons voir la façon dont l'objet *délibération* nous permet de rendre saillants les éléments de ce processus pertinents pour l'éclairage de notre problématique. La construction de ce premier objet aura permis de passer au travers de l'impasse des travaux portant sur la décision en mettant davantage l'accent sur le processus de raisonnement en lui-même, ses spécificités, et sa dimension intersubjective. En effet, interroger communicationnellement un observable tel que la production d'une décision médicale collégiale suppose d'en étudier les conditions de production selon différentes dimensions spécifiques à la discipline. La problématisation d'une telle interrogation repose pour nous sur les axes suivants, selon lesquels nous interrogeons notre objet :

- Notre conception de la *délibération* intègre l'activité de production de la mineure du raisonnement, dans le cas du raisonnement syllogistique pratique. Produire la mineure de ce type de raisonnement, c'est discerner le particulier. Considérer cela permet de faire résonner la tension entre la formalisation initiale, inscrite dans les dispositifs technologiques que nous étudions, et la singularité des pratiques. Cette construction permet de tenter d'éclairer ce qui est favorisé, permis, par les technologies.
- Dans l'approche intégrative à laquelle nous tentons d'apporter une contribution, il est nécessaire de construire des objets qui permettent de traverser les différents niveaux organisationnels. En effet, considérer dans une même démarche des observables aussi divers que des textes de lois et des processus d'interprétation d'imagerie médicale suppose de disposer d'objets permettant de faire le lien entre ces différents niveaux. En l'occurrence, la « décision » du point de vue empirique et la *délibération* du point de vue scientifique permettent de remplir cette fonction.
- Enfin, si *délibérer* peut désigner une activité de discernement du particulier, c'est donc aussi construire du sens, actualiser des significations, interpréter la règle. D'un point de vue à la fois empirique et méthodologique, l'analyse des dispositifs issus de l'*EBM* ainsi que les observations ethnographiques permettent de disposer d'éléments qui pourront éclairer notre problématique. Du point de vue disciplinaire, le *processus délibératif* tel que nous l'avons élaboré se prête à une analyse de ses dimensions technologique, sociale et sémiotique, et donc à une approche communicationnelle de celui-ci.

Nous avons vu dans ce chapitre que le terme de « décision » ne désignait pas précisément ce qui nous intéresse. En effet, notre approche ne se positionne pas dans une perspective d'amélioration de l'activité, ce qui rend une grande partie des travaux portant sur la « décision » très complexes à utiliser. D'autre part, pour effectuer ce travail, il aurait fallu, outre une compétence avérée dans le domaine médical, une connaissance de ce qu'il advient après que la « décision » ait été énoncée, ce qui nous a été inaccessible pour d'évidentes raisons éthiques. Ce qui retient notre attention, au contraire, c'est la façon dont les enchaînements logiques sont produits, quelles formes de rationalité sont mobilisées pour produire la « décision thérapeutique », et la façon dont les technologies issues de l'*EBM* prennent part à la *délibération*. Il s'agit de comprendre qui agit, comment, dans la scène interactionnelle où se produit la *délibération*. Mais il s'agit également d'approfondir ce que recouvre le « discernement du particulier », qui fait partie de la *délibération*, mais en constitue une phase particulièrement intéressante, à laquelle est consacré le chapitre suivant.

SYNTHÈSE DU TROISIÈME CHAPITRE

Alors que nous arrivons au terme de la construction de l'un de nos objets, procédons à une synthèse des éléments permettant de délimiter le périmètre de ce que nous nommerons *délibération* ou *processus délibératif*.

- Le terme que nous avons choisi est emprunté à la conception aristotélicienne de la décision, à partir de laquelle nous avons construit notre objet, mais qui ne s'y réduit pas.
- La *délibération* médicale désigne le processus conduisant à la stabilisation d'une *décision* au sens où l'entendent les médecins, et inclut cette phase de stabilisation.
- Le *processus délibératif* se déroule dans une tension fondamentale qui le traverse, qui se produit entre l'universel et le particulier, la règle et le cas. Le processus comprend ainsi l'examen minutieux des implications des possibilités de choix, mais également l'exercice du jugement, le discernement du particulier – point qui fait l'objet du chapitre suivant.
- Le *processus délibératif* est étudié de façon à rassembler des espaces organisationnels distants mais qui agissent dans le cours du processus.
- La *délibération* est envisagée dans une approche communicationnelle, où l'accent n'est pas mis sur le résultat du processus – la « décision » – mais sur ses conditions de production, où ses dimensions sociale, technologique et sémiotique sont plus particulièrement interrogées.

4 DISCERNER LE PARTICULIER – CLINIQUE ET INTERPRÉTATION

SOMMAIRE

4.1	Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical	155
4.1.1	Naissance de la méthode anatomo-clinique au XIX ^e siècle	157
4.1.2	Régimes de visibilité	160
4.1.3	Du symptôme au signe	162
4.2	La sémiologie médicale : éléments empiriques	166
4.2.1	Interpréter le langage des maladies	167
4.2.2	De la sémiologie clinique à la sémiologie paraclinique	171
4.3	Le processus interprétatif : une pratique prudentielle et indiciaire	175
4.3.1	Pratiques prudentielles et paradigme indiciaire	176
4.3.2	Discerner le particulier, ordonner l'expérience sensible	179
4.4	Des signes aux preuves	183
4.4.1	Symptôme et signe chez Foucault	184
4.4.2	Une prétention sémiotique nécessaire	188
4.4.3	Preuve et evidence	191

INTRODUCTION DU QUATRIÈME CHAPITRE

Ce quatrième chapitre cherche à explorer une nouvelle dimension du raisonnement médical, en constituant un objet de notre recherche, que nous nommons le *processus interprétatif*. Contrairement à ce que nous avons effectué au cours du chapitre précédent, où nous avons identifié une forme de pratique qui était très présente dans les discours des médecins et dans les dispositifs législatifs, pour la reconstruire en objet dans notre recherche, la situation est très différente ici. L'origine de notre choix se trouve dans nos premières observations de terrain, où la relecture des images par les médecins semblait revêtir une importance capitale dans la production de la décision thérapeutique. Un parcours itératif entre nos observations et lectures nous ont amené à construire un objet de recherche cherchant à saisir ce qui se joue, quels phénomènes opèrent, entre la perception, l'identification des signes, leur catégorisation, l'établissement des faits, la mise en évidence des causes, la recontextualisation dans les corpus de savoirs médicaux.

Dans le chapitre précédent, nous avons identifié une tension transversale et irréductible dans l'exercice de la médecine : celle qui se produit entre l'universel et le particulier. Et une des dimensions de la pratique de la *délibération* consiste en ce discernement du particulier, afin de le rendre commensurable avec les savoirs médicaux permettant d'équiper les choix thérapeutiques et l'action à entreprendre pour traiter le patient. C'est sur cette pratique spécifique que nous allons maintenant concentrer notre attention. Nous précisons toutefois que cette nouvelle dimension du raisonnement médical n'est pas envisagée comme une phase temporelle distincte empiriquement. Le *processus interprétatif* fait partie de la *délibération*, d'une part, et ils sont difficiles à isoler d'un point de vue empirique, d'autre part. Il s'agit cependant ici d'une autre forme de *pratiques*, permettant de participer à éclairer les recompositions du raisonnement médical.

Sur notre terrain, ce type de pratiques interprétatives se donne à voir dans différentes circonstances. Celle qui nous avait interpellée concerne l'interprétation des différents documents d'imagerie accompagnant la présentation des cas des patients. Mais la production des signes relève historiquement du domaine de la *clinique*, les signes paracliniques issus de différentes techniques d'examen complémentaires (imagerie, biologie ...) ayant été inclus dans les pratiques diagnostiques plus tard, dans le temps long du développement de la médecine. Il s'agit donc ici de nous plonger dans la généalogie des pratiques de la médecine, en accordant une importance particulière à la sémiologie médicale. Ici, contrairement à la pratique de la décision – qui a pu faire l'objet de théorisations rationalistes et de tentatives de modélisation visant un statut scientifique fort – le modèle change. Identifier des indices, des signes, les rendre visibles, en inférer des faits, les rapporter à des mécanismes causaux, sont des pratiques qui relèvent de l'enquête. Sans rentrer pour l'instant dans l'analyse des logiques

et des formes de rationalité à l'œuvre que nous étudierons dans la dernière partie de la thèse, nous tentons tout au long de ce chapitre de construire un objet de recherche rendant compte de la complexité et de la diversité des différentes formes de pratiques interprétatives. Il s'agit d'englober dans un même objet un processus qui part de la perception – le « regard » médical – pour aller jusqu'à la catégorisation des signes dans des critères pertinents pour la pratique professionnelle.

Afin de poursuivre dans la logique du chapitre précédent, nous tentons de retracer le cheminement qui nous a amenée à la construction de l'objet. La lecture de *Naissance de la Clinique* a été structurante dans la genèse de ce travail doctoral. Nous explicitons donc dans une première section la façon dont cette ouvrage de Foucault permet de questionner les pratiques interprétatives dans une réflexion historique portant sur une période charnière du développement de la médecine. L'attention portée par Foucault au « regard » a guidé une grande partie de notre enquête de terrain et de nos investigations portant sur les processus perceptifs, sémiotiques, et les pratiques collectives de catégorisation. Cette première section permettra de poser un premier périmètre à notre questionnement, tout en le plaçant dans une perspective historique.

Dans une seconde section, nous mobilisons des éléments empiriques, de la même façon qu'au chapitre précédent. Alors qu'il s'agit de comprendre le périmètre que recouvre la sémiologie médicale, il a été nécessaire dans notre démarche de procéder à un apprentissage pour pouvoir accéder à la sémiologie médicale en tant qu'objet professionnel (Bernard, 2000). En effet, il nous est apparu important de nous plier à l'exercice consistant à qualifier ce que la profession médicale englobe lorsqu'il est question de « sémiologie ». En effet, avant Saussure, la sémiologie était un terme propre à la médecine, une « *partie de la médecine qui traite des signes des maladies* » (Littré). Ce n'est qu'avec Saussure puis Peirce que sémiologie et sémiotique sortiront du domaine médical. La sémiologie clinique est donc un objet ambivalent, dont la polysémie dans le champ des études de communication appelle une désambiguïsation. Il s'agit donc, avant de traiter de travaux de sémiotique inscrits ou proches des sciences de l'information et de la communication, de décrire ce qu'il est entendu aujourd'hui lorsque l'on parle de sémiologie médicale, de signes cliniques et paracliniques.

Après avoir procédé à une contextualisation à l'aide d'éléments empiriques, la troisième section de ce chapitre sera consacrée à une relecture des pratiques interprétatives des médecins à l'aide de deux notions spécifiques citées par F. Champy (2012) pour qualifier les pratiques professionnelles. Il s'agit d'une part de la notion de *prudence*, que nous ferons travailler au regard des pratiques interprétatives; et d'autre part du *paradigme indiciaire* développé par C. Ginzburg (1980). Nous avons déjà largement explicité la notion de *prudence*, centrale dans l'ensemble de notre thèse. Le paradigme indiciaire n'a par contre été évoqué que

de façon très succincte. Nous détaillerons ce modèle et expliquerons à la suite de F. Champy en quoi il s'applique de façon remarquable aux pratiques médicales, ce à quoi nous ajoutons une focalisation sur les pratiques perceptives et interprétatives au regard de ce paradigme, qui a par ailleurs l'avantage de se positionner dans une perspective historique de différents ensembles scientifiques.

La section suivante tentera, à partir des repères historiques que nous développons dans la première et la troisième section, de repositionner le signe au sein de l'évolution de la médecine. Sans remonter à Hippocrate, nous tentons de décrire ce qu'il advient du concept de signe, de ses attributions, de ses propriétés, au cours du développement des sciences médicales. Nous interrogerons les signes dans les relations qu'ils entretiennent avec la production de la preuve scientifique et de l'élucidation d'une relation de causalité. À partir des travaux de Foucault (1963), Hacking (2002), et Ginzburg (1980), il s'agit de replacer la généalogie des signes cliniques et paracliniques dans le développement des sciences médicales, entre enquête inductive et *Evidence Based Medicine*.

La dernière section sera consacrée au *processus interprétatif*. Nous tenterons d'explicitier la façon dont nous construisons un objet de recherche inscrit en sciences de l'information et de la communication, où la dimension sémiotique sera alors interrogée dans le champ de notre discipline. À partir d'une sélection de travaux en sémiotique – non médicale cette fois – nous exposerons le processus qui transforme le « regard » dont parlait M. Foucault en significations articulées à un ensemble de savoirs, en catégories pertinentes pour l'exercice de la profession.

4.1 NAISSANCE DE LA CLINIQUE : UNE ARCHÉOLOGIE DU REGARD MÉDICAL

Pourquoi partir de *Naissance de la clinique*? Tout d'abord, il est important de préciser que dans cet ouvrage, Foucault réalise un travail très singulier : il cherche à comprendre de quoi sont constitués les savoirs, et comment ceux-ci s'agencent dans les pratiques. L'auteur procède à une archéologie de la clinique unique en son genre, qui nous est apparue incontournable. De plus, lors des premiers pas sur le terrain, nous avons envisagé de nommer notre objet de recherche *regard médical*, dans des itérations avec la lecture de l'ouvrage. Bien qu'il ne soit pas question ici de notre terrain d'observation, il s'avère qu'un des premiers éléments ayant suscité l'intérêt du chercheur dans nos observables a été ce que le collectif *voyait* pendant le visionnage – ou devrait-on dire la *lecture* – des images produites par les scanners, IRMs et autres appareils de production d'imagerie médicale. *Que voient-ils, que peuvent-ils lire?* De plus, alors que les observables étaient davantage présentés par les acteurs et par l'institution comme des réunions de *concertation* au cours desquelles le collectif devait produire une *décision*, pour quelles raisons cette phase d'interprétation des images prend autant d'espace dans les échanges? Comment se fait-il que des non-spécialistes de la lecture des clichés peuvent prendre part au débat sur la l'interprétation et la catégorisation des formes visibles sur l'écran? Dans le même temps, celui des premières interrogations amenées par les observations qui étaient encore exploratoires, la lecture de *Naissance de la clinique*¹ a amené la nécessité de travailler cette notion de *regard médical*, tant ce qui se passait dans les échanges autour des images nous paraissait opaque et semblait constituer l'intrigue où se déroulait la résolution de la plupart des cas discutés. Pourtant, questionner comment se construit ce qui est *vu* n'est pas un objet de recherche très courant en sciences de l'information et de la communication, et particulièrement dans le champ de la communication organisationnelle. La question de la *perception* est traditionnellement davantage attribuée au champ vaste et aux frontières floues des sciences cognitives, la question de la *catégorisation* de ce qui est perçu, quant à elle, est étudiée par des auteurs appartenant au courant des *Science and Technology Studies* (STS), par exemple. C'est en partie pour cela que nous y avons préféré dans un premier temps le terme de *regard*. Comment peut-on, dans notre champ disciplinaire qui est celui des sciences de l'information et de la communication, s'intéresser à un objet aussi insaisissable que le *regard médical*? C'est ici que Foucault, dans *Naissance de la clinique*, constitue pour nous l'ébauche d'un objet que l'on peut étudier dans une approche communicationnelle. Stéphane Olivesi explicite en quelques lignes la portée de l'ouvrage, et propose des pistes pour importer le concept foucauldien dans les questionnements propres de notre discipline :

1. Entre autres ouvrages de portée très générale sur la profession de médecin comme *L'expertise médicale* (Dodier, 1993) ou *Doctor's stories : The narrative structure of medical knowledge* (Hunter, 1993).

« En quelques pages denses, Foucault analyse la transformation du statut du symptôme et des signes de la maladie. Il montre qu'à la fin du XVIII^e siècle, le pathologique se plie à une nouvelle grammaire du regard. Le symptôme n'est plus un indicateur souverain sur lequel ou contre lequel il faut agir; il devient un signifiant dont le regard médical doit cerner le signifié. La clinique apparaît d'abord comme une sémiologie du regard qui transforme les symptômes en signes pour rendre la maladie intelligible. » (Olivesi, 2004b)

Dans ce même article, Olivesi milite avec Foucault en insistant sur la nécessité d'une approche historique, celle-là même développée dans *Naissance de la clinique* : « Si nous sommes "historiquement voués à l'histoire" (Foucault, 1963, p. xii), comprendre ce que nous sommes, c'est-à-dire l'actuel, ne se peut qu'au prix d'un détour par l'histoire qui en conserve les clés. [...] Pour cette raison, le repérage des discontinuités joue un rôle essentiel puisqu'il permet d'opérationnaliser la différence pour la faire signifier heuristiquement (Foucault, 1969, p.16). » (Olivesi, 2004b). Alors même que notre terrain de recherche se situe dans une temporalité fort différente de celle qui constitue la focale de Foucault (deux siècles après, à peu de choses près), ce décalage nous permettra de questionner ces processus, ces savoirs, tels que nous pouvons les observer dans leur actualisations par ceux qui les pratiquent, au prisme de contraintes organisationnelles, de systèmes techniques, qui rendent d'autant plus saillantes les différences.

4.1.1 NAISSANCE DE LA MÉTHODE ANATOMO-CLINIQUE AU XIX^E SIÈCLE

Alors que l'on cherche à saisir en quoi la notion de *regard médical* chez Foucault peut s'avérer pertinente pour étudier les processus socio-techniques à l'oeuvre dans les pratiques contemporaines de la médecine, *Naissance de la clinique* constitue l'entrée incontournable pour mener à bien ce projet. Dans cet ouvrage, initialement sous-titré « *Une archéologie du regard médical* », Foucault cherche à déterminer les conditions de production du savoir médical en axant sa réflexion sur la question du regard. Dès les premières lignes de la préface, l'auteur énonce : « *Il est question dans ce livre de l'espace, du langage et de la mort; il est question du regard.* ». Pour expliciter cet angle de traitement, Foucault met en parallèle deux textes médicaux datant de moins de cent ans d'écart (1769 et 1825), où le langage utilisé dans chacun des écrits dit la différence « infime et totale » : « *Totale pour nous, puisque chaque mot de Bayle², en sa précision qualitative, guide notre regard dans un monde de constante visibilité, alors que le texte précédent nous parle le langage, sans support perceptif, des fantasmes. [...] Qui peut nous assurer qu'un médecin du XVIII^e siècle ne voyait pas ce qu'il voyait, mais qu'il a suffi de quelques dizaines d'années pour que les figures fantastiques se dissipent et que l'espace libéré laisse venir jusqu'aux yeux la franche découpe des choses?* » (Foucault, 1963, p. vi). C'est le langage que Foucault interroge, et le rapport au réel qu'il induit, dans le discours médical : « *Quant au langage lui-même, à partir de quel moment, de quelle modification sémantique ou syntactique, peut-on reconnaître qu'il s'est mué en discours rationnel?* » (*Ibid.*, vii). Dans une approche historique et à la fois critique, l'auteur interroge ce que la constitution des sciences médicales « fait » au regard du praticien : « *Les figures de la douleur ne sont pas conjurées au bénéfice d'une connaissance neutralisée; elles ont été redistribuées dans l'espace où se croisent les corps et les regards. Ce qui a changé c'est la configuration sourde où le langage prend appui, le rapport de situation et de posture entre ce qui parle et ce dont on parle.* » (*Ibid.*, vii).

La *Naissance de la clinique*, dans l'étude proposée par Foucault, c'est le processus d'élaboration d'une science médicale *positive* qui passe par la transformation du regard du médecin, et la transformation de l'expérience médicale. Ce processus d'élaboration se manifeste en ce qu'il vient reconfigurer l'espace de l'exercice du regard du médecin. Cet espace qui se construit, c'est la clinique : « *La clinique, c'est à la fois une nouvelle découpe des choses, et le principe de leur articulation dans un langage où nous avons coutume de reconnaître le langage d'une "science positive".* » (*Ibid.*, xiv). Notre projet dans cette thèse s'appuie sur cette démarche : chercher à comprendre des recompositions de *pratiques*, c'est éclairer les façons d'ordonner le monde – *la découpe des choses* –, les articulations sur lesquelles elles reposent – *le langage* chez Foucault – et les logiques qui les sous-tendent. Les termes ne sont pas les mêmes, du fait de notre cadre théorique qui s'attache à analyser l'articulation technologies - organisation, mais la démarche nous paraît très similaire.

2. L'auteur du texte de 1825

Le processus qui permet de passer du langage de la métaphore à celui du visible, que décrit Foucault dans *Naissance de la clinique* questionne le passage d'une science des symptômes à une science des organes. Durant une période assez courte vont se combiner – non sans quelque difficulté – la Clinique du regard et de la sensorialité pure, et la science anatomique qui se constitue dans l'accumulation des observations rigoureuses des dissections de cadavres. C'est le développement de la méthode anatomo-clinique. D'un point de vue historiquement situé, et c'est le prisme par lequel Foucault aborde son entreprise, il est intéressant de constater avec lui la construction qui s'est faite de cette période. Nous sommes alors à l'orée du XIX^e siècle.

Le développement du savoir anatomique a connu une accélération importante avec la systématisation des autopsies. Bien que Bichat (1771-1802) et ses contemporains en ont été les figures marquantes, cette pratique ne posait pas de problèmes même au milieu du XVIII^e siècle (*Ibid.*, 126). Foucault rapporte d'ailleurs que les études anatomiques de grande ampleur de Bichat, à la toute fin du XVIII^e siècle, ont été reconstruites historiquement comme une victoire de la Science et des Lumières sur l'obscurantisme clérical, alors que ces pratiques étaient tout à fait tolérées avant la naissance de Bichat (*Ibid.*, 127). Un demi-siècle a été nécessaire pour articuler les nouveaux savoirs anatomiques issus de l'ouverture de nombreux cadavres à l'ensemble du savoir purement sémiologique, resté dans le domaine de la sensorialité, pour donner naissance à la méthode anatomo-clinique. Dans ce processus, Bichat a également questionné la médecine telle qu'elle se positionne, dans la tension entre la vie et la mort³. Ses autopsies systématiques ont amené un élément important, à savoir cette possibilité d'accéder aux organes – en les rendant *visibles* – qui permet le développement de la connaissance positive du corps humain. La révolution qui se produit dans le champ du savoir médical pendant cette période réside dans l'idée que les maladies et les manifestations pathologiques que les médecins observent depuis des siècles sont reliées de façon causale à des lésions organiques que l'on peut observer lors de l'autopsie.

Or, le développement de la médecine au XIX^e siècle vient travailler le regard clinique dans sa pratique, en prolongeant ses capacités perceptives. Au delà de sa capacité récemment acquise de plongée verticale, de la surface des symptômes à la profondeur des lésions pour se poser dans le volume anatomo-clinique, la ramification se poursuit dans de nouvelles configurations : « *Alors que l'expérience clinique impliquait la constitution d'une trame mixte du visible et du lisible, la nouvelle sémiologie exige une sorte de triangulation sensorielle à laquelle doivent collaborer des atlas divers, et jusqu'alors exclus des techniques médicales : l'oreille et le*

3. « *A partir de Bichat, la maladie va jouer le même rôle de mixte, mais entre la vie et la mort. Entendons-nous bien : on connaissait, et bien avant l'anatomie pathologique, le chemin qui va de la santé à la maladie, et d'elle à la mort. Mais ce rapport, jamais n'avait été scientifiquement pensé, ni structuré dans une perception médicale.* » (*Ibid.*, 158). La définition de la vie énoncée par X. Bichat, restera célèbre : « *La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort* » (Bichat, 1805, p. 1).

toucher viennent s'ajouter à la vue. » (*Ibid.*, 166). Dans cette même période du début du XIX^e siècle, Laennec invente l'auscultation médiate (Laennec, 1819), consistant en l'utilisation en vue de l'auscultation d'un dispositif de transmission et d'amplification acoustique, bien connu aujourd'hui, qu'il baptisa stéthoscope. La notion de visibilité prend donc une toute autre dimension dans cette phase du développement de la méthode anatomo-clinique. C'est ce que Foucault appelle la figure de l'*invisible visible*, et qui organise la perception anatomo-pathologique (Foucault, 1963, p. 174), et se manifeste pour l'auteur dans le raffinement qualitatif qui transforme la lisibilité de ce que la clinique a rendu énonçable – cette simple relation bijective entre un secteur perceptif et un élément sémantique – en une autre forme de perception scientifique : « *Il s'agit du visible que l'individualité vivante, le croisement des symptômes, la profondeur organique rendent invisible en fait et pour un temps, avant la reprise souveraine du regard anatomique. Mais il s'agit aussi bien de cet invisible des modulations individuelles [...] et que l'effort d'un langage incisif, patient et rongeur, offre enfin à la clarté commune de ce qui est pour tous visible.* » (*Ibid.*, 174).

C'est cette acquisition de la *visibilité* qui est décisive pour le développement de la science médicale : « *La médecine du XIX^e siècle a été hantée par cet oeil absolu qui cadavérise la vie et retrouve dans le cadavre la frêle nervure rompue de la vie. [...] Cette projection du mal sur le plan de l'absolue visibilité donne cependant à l'expérience médicale un fond opaque au-delà duquel il ne lui est plus possible de se prolonger. Ce qui n'est pas à l'échelle du regard tombe hors du domaine du savoir possible.* » (*Ibid.*, 170). Le domaine du visible devient dès lors l'espace de la construction de la rationalité de la médecine moderne.

Foucault conclut *Naissance de la clinique* en revenant sur une des questions qui constituent le filigrane de la totalité de l'ouvrage, à savoir la façon dont l'expérience médicale moderne, qui s'enracine dans une conception de la médecine comme science positive, est rendue possible par la structuration de la connaissance singulière de l'individu malade, à l'articulation de l'expérience clinique et du savoir anatomique que constitue la méthode anatomo-clinique telle qu'elle prend corps au XIX^e siècle⁴.

Nous retenons dans un premier temps de ce détour historique un élément fondamental de la possibilité de l'exercice du regard clinique que constitue l'accès au régime de visibilité des éléments qui participent à sa constitution. La section suivante est consacrée à un bref exposé de deux formes de visibilité décrites par Foucault dans *Naissance de la Clinique*.

4. « *Cette structure, où s'articulent l'espace, le langage et la mort – ce qu'on appelle en somme la méthode anatomo-clinique – constitue la condition historique d'une médecine qui se donne et que nous recevons comme positive.* » (*Ibid.*, 200)

4.1.2 RÉGIMES DE VISIBILITÉ

Il est important de préciser que Foucault, dans sa description de la constitution de la médecine comme science positive, s'intéresse au statut de la vérité dans la médecine moderne. Bien que le cœur de notre propos soit très éloigné de considérations épistémologiques d'une aussi grande ampleur, notons cependant que l'intérêt poussé qu'il porte à cette volonté de corrélation la plus absolue possible entre le visible et l'énonçable constitue l'idéal d'un regard parfait dont Foucault souligne la dimension mythologique : « *Au-dessus de tous ces efforts de la pensée clinique pour définir ses méthodes et ses normes scientifiques, plane le grand mythe d'un pur Regard qui serait pur Langage : un œil qui parlerait.* » (*Ibid.*, 115). L'épuisement du réel par le visible est toutefois une quête permanente dans l'exercice du regard clinique.

Chez Foucault, le savoir médical est en effet produit dans la période clinique par l'objectivation de la maladie dans sa mise en visibilité et donc en lisibilité. L'examen clinique est donc l'espace dans lequel se déroule cette transformation du *voir* en *savoir*, finement articulé dans une production et transmission des savoirs au sein du champ hospitalier. Mais :

« Les questions à poser sont innombrables ; les choses à voir infinies. S'il n'est ouvert qu'aux tâches du langage, ou qu'aux exigences du regard, le domaine clinique n'a pas de clôture, et par conséquent, pas d'organisation. Il n'a de limite, de forme et de sens que si l'interrogation et l'examen s'articulent l'un sur l'autre, définissant au niveau d'un code qui leur est commun le « lieu de rencontre » du médecin et du malade. Ce lieu, la clinique en sa forme initiale cherche à le déterminer par trois moyens :

- 1. L'alternance des moments parlés et des moments perçus dans une observation [...]*
- 2. L'effort pour définir une forme statutaire de corrélation entre le regard et le langage [...]*
- 3. L'idéal d'une description exhaustive [...] »*

(Foucault, 1963, pp. 111-115)

Dans ce passage, Foucault explicite comment la méthode clinique lie finement la perception au langage dans sa pratique même. La complémentarité et l'alternance de la perception et de l'échange verbal en est l'illustration dans l'examen du patient. Le second point, concernant la corrélation entre regard et langage, est consacré aux tentatives des cliniciens d'établir des tableaux cliniques, sans grand succès tant la variété de ce qui pouvait être perçu était importante, et les deux dimensions des tableaux proposés trop peu appropriées pour référencer et ordonner la complexité de savoirs en cours de constitution. Enfin l'idéal de la description exhaustive fait également référence à la rigueur et au labeur investis dans la transformation

du perçu en énonçable, ce qui permet, pour Foucault « *la transformation du symptôme en signe, le passage du malade à la maladie, l'accès de l'individuel au conceptuel* ».

Cette quête sans fin prendra un tournant avec le développement de la médecine au cours du XVIII^e siècle. On y voit se développer parallèlement une autre forme de regard que celui purement clinique. La perception médicale moderne s'équipe du regard anatomique, au cours de la naissance de la méthode anatomo-clinique. Le développement des connaissances anatomiques, des lésions, des tissus, par la pratique de l'autopsie ouvre de nouveaux espaces où va se déployer une nouvelle forme de regard. Le regard clinique, portant toute son attention sur les symptômes et les signes, se superpose alors à celui qui s'attache à identifier les lésions.

Un nouveau regard émerge, et Foucault le caractérise avec le terme du « coup d'œil ». L'espace qu'il investit est celui du corps, qui se donne alors à voir dans sa profondeur. Alors que le regard impliquait la réciprocité et la relation, l'espace du langage, un nouveau modèle se constitue où le coup d'œil « *ne s'embarrasse pas de tous les abus du langage.* » (p. 123). Sa temporalité n'est plus celle de l'énonciation et de l'écoute, il « *frappe en un point, qui a le privilège d'être central ou décisif; le regard est infiniment modulé, le coup d'œil va droit [...] il va donc au-delà de ce qu'il voit; les formes immédiates du sensible ne le trompent pas; car il sait les traverser; il est par essence démystificateur.* » (p. 123). Le coup d'œil devient donc la figure des pratiques perceptives médicales où vont se superposer la clinique et sa sensorialité immédiate, et la capacité nouvelle à traverser l'épaisseur des corps, des organes, le nouvel espace tangible du corps. Ce nouveau régime de visibilité se distingue du précédent par la forme de la relation dans lequel il est produit : alors que le regard implique la relation clinique qui rend possible l'écoute, le coup d'œil se constitue dans l'espace du savoir anatomique. Cette mutation retient toute notre attention puisque Foucault met au jour des recompositions dans les pratiques perceptives à l'aune d'un bouleversement des savoirs médicaux lors de la période anatomo-clinique.

Foucault conclut le chapitre VII – intitulé *Voir, Savoir* – de la façon suivante : « *Et la médecine des symptômes, peu à peu, entrera en régression, pour se dissiper devant celle des organes, du foyer, des causes, devant une clinique tout entière ordonnée à l'anatomie pathologique. C'est l'âge de Bichat.* ». Les développements ultérieurs de la médecine l'entraîneront dans une quête d'une science exacte du corps humain, où l'invention du microscope puis des modalités d'imagerie contemporaines et l'intensification des recherches en biologie médicale ouvriront la voie à une science recomposée.

4.1.3 DU SYMPTÔME AU SIGNE

Le développement de la méthode anatomo-clinique ne se résume pas à un processus de « démythification » du regard médical, qui serait alors « augmenté » de savoirs anatomiques positifs, et débarrassé de fausses connaissances antérieures à ces découvertes. C'est davantage l'organisation du savoir médical qui est en question dans la façon dont il est performé, dans la méthode, dans l'exercice du regard.

Si l'on repart de la lecture de Foucault faite par Olivesi, on note que la question qui a principalement retenu l'attention de ce dernier, et qu'il mobilise pour sa capacité à constituer une « question de communication », c'est celle de la constitution d'une grammaire du regard, où la clinique devient une sémiologie qui transforme les symptômes en signes pour rendre la maladie intelligible (Olivesi, 2004b). Si l'on revient au texte originel qui a donné lieu à cette analyse, on note que dans le chapitre intitulé « des signes et des cas », Foucault s'attarde longuement sur cette question, finement articulée avec celle de la visibilité.

L'approche naturaliste des maladies, que l'on connaît sous l'appellation de « nosologie »⁵ constitue une tentative de structuration positive de l'organisation des symptômes et des signes mais Foucault entend autre chose lorsqu'il parle du mode d'organisation du regard médical :

« Mais le regard médical s'organise, en outre, sur un mode nouveau. D'abord, il n'est pas simplement le regard de n'importe quel observateur, mais celui d'un médecin supporté et justifié par une institution, celui d'un médecin qui a pouvoir de décision et d'intervention. Ensuite, c'est un regard qui n'est pas lié par la grille étroite de la structure (forme, disposition, nombre, grandeur) mais qui peut et doit saisir les couleurs, les variations, les infimes anomalies, se tenant toujours aux aguets du déviant. Enfin, c'est un regard qui ne se contente pas de constater ce qui évidemment se donne à voir; il doit permettre de dessiner les chances et les risques; il est calculateur. » (Foucault, 1963, p. 88-89)

Foucault définit le symptôme comme la forme sous laquelle se présente la maladie, tout ce qui la rend *visible*. Il qualifie le symptôme de « *transcription première* », qui laisse *transparaître*⁶ la figure invariable de la maladie. Le signe a une toute autre fonction, celle d'annoncer : « *pronostique, ce qui va se passer; anamnétique, ce qui est passé; diagnostique, ce qui se déroule actuellement* » (*Ibid.*, 90). Dans la méthode clinique, c'est la transformation du symptôme en signe qui va permettre à Foucault d'articuler le régime de la visibilité avec celui de l'énonçable, et donc du langage. Il déploie son analyse en trois points énoncés de la façon suivante :

5. Cette science médicale est consacrée à l'étude des maladies sur un modèle naturaliste : regroupement, classement par familles ou espèces ...

6. Emph. de M.F.

1. Les symptômes constituent une couche primaire indissociablement signifiante et signifiée
2. C'est l'intervention d'une conscience qui transforme le symptôme en signe
3. L'être de la maladie est entièrement énonçable en sa vérité

On retrouve dans les termes employés par Foucault des termes familiers appartenant au champ de la sémiologie, mais articulés de façon assez singulière. Alors que ces termes pourraient laisser supposer une approche structuraliste propre à l'époque de l'ouvrage et très éloignée de nos ancrages théoriques, nous soulignons cependant que l'attention portée aux signes dans ce texte se prêt aux approches communicationnelles contemporaines. En effet, la citation précédente portant sur l'organisation du regard médical nous paraît particulièrement pertinente. Lorsque Foucault met en perspective ce que permet la *grille étroite*, et ce que *peut et doit* saisir le regard, nous retrouvons des stratégies analytiques communes, où le jeu entre les dispositifs socio-techniques spatialisés sous la forme d'une grille nosologique et la temporalisation dans les pratiques interprétatives et perceptives constitue un point d'attention particulier. C'est la production des signes qui est le lieu de cette articulation entre dispositifs et pratiques. Par ailleurs, lorsque Foucault écrit que le regard est *calculateur*, il préfigure également une des dimensions de notre enquête, où nous cherchons à éclairer ce que recouvre la pratique de la conjecture (voir 6.3, p. 287).

En cela, l'attention portée aux signes par Foucault est à articuler avec l'invitation de Jeanneret de renouer avec une *prétention sémiotique* dans notre champ disciplinaire (Jeanneret, 2007). Dans notre lecture de ce texte de Jeanneret, nous relevons cette idée forte soutenant que les sciences de l'information et de la communication ne peuvent se permettre l'économie de l'analyse des signes, et qu'il est absolument nécessaire d'investir ce champ, c'est-à-dire de doter les SIC d'une *prétention sémiotique*, sans que cela implique nécessairement un dévoiement théorique, où nous ferions droit sans discussion à des approches sémiologiques structuralistes.

Ceci étant posé, si l'on revient un instant à *Naissance de la clinique*, Olivesi souligne l'apport important de Foucault dans sa manière d'approcher la thématique des signes et du sens : « *S'ouvre ainsi un espace de réflexion sur le signe qui déjoue l'enfermement sémiologique sur des systèmes formels (dont la langue saussurienne reste la figure paradigmatique), pour renouer avec des thématiques plus classiques sur la nature même du signe, sur ce qui fait sens, sur la représentativité de la représentation, sur les rapports entre signes naturels et signes langagiers, etc. [...] C'est plus généralement l'espace des conditions de production et de réception de tout système de représentations qui fait ainsi l'objet d'une investigation élargissant notre compréhension du visible et du dicible pour une culture donnée.* » (Olivesi, 2004b). La proposition faite par Olivesi nous semble constituer une entrée pertinente pour nous saisir

de l'invitation de Jeanneret à doter notre recherche d'une prétention sémiotique. En effet, la façon qu'a Foucault d'approcher la question du signe nous paraît éviter les écueils et les critiques indépassables que développe Jeanneret. Loin d'imposer une sémiotique dont la portée escamoterait l'action, et qui aurait justement des prétentions d'autonomie dans la possibilité de produire des interprétations non suffisamment articulées à leur contexte social, la perspective ici proposée n'occulte pas la production et l'interprétation des signes, sans pour autant écraser l'interaction avec le domaine du langage.

C'est pour cela que la proposition soutenue ici de prendre ce travail perceptif pour objet de recherche nous semble constituer à la fois un parti pris singulier, mais également un complexe (Davallon, 2004) que seule notre interdiscipline peut tenter d'approcher sans l'« aplatir » de façon gênante. Le regard médical, tel qu'il est construit par Foucault dans *Naissance de la clinique* renferme une dimension sémiotique importante, et l'utilisation que nous faisons de cette notion nous permet de répondre à l'invitation de Jeanneret sans pour autant investir des champs largement saturés institutionnellement et scientifiquement comme le laisse suggérer le texte d'Olivesi.

SYNTHÈSE

À partir de ce parcours des apports du texte fondamental de Foucault, que nous avons voulu le plus complet et le plus concis possible, reprenons les éléments dont nous souhaitons nous équiper en vue de construire notre objet. Les éléments historiques ont été d'une grande utilité pour comprendre la façon dont se sont agencées différentes formes de pratiques au cours du développement de la médecine. Ils revêtent ici une double utilité : celle de s'attacher à comprendre ce qu'est la médecine pour pouvoir en étudier les pratiques ; et celle d'explicitier la façon dont nous en sommes arrivées à opérer certains choix dans le cadre de ce travail.

Nous retenons donc de notre lecture de *Naissance de la Clinique* les éléments suivants.

- La prégnance du régime de visibilité dans la pratique perceptive qui est exercée par les médecins : rendre visible, c'est amorcer le processus qui permet de relier ce qui est perçu avec l'espace des savoirs médicaux, c'est débiter l'articulation qui permettra l'exercice du raisonnement médical.
- La médecine, à partir de l'émergence de la méthode anatomo-clinique, tend à se constituer en science positive, à se donner à voir comme telle. À partir de la superposition du regard et du coup d'œil, se constitue une articulation des savoirs issus d'une clinique de la sensorialité pure et de ceux d'une science exacte des corps, toujours en cours de développement. Il s'initie alors un processus de recomposition des savoirs et des pratiques perceptives qui se poursuit encore.
- Le regard médical n'est pas un regard qui se contente de voir ce qui est perçu et rendu visible. Il est « *calculateur* » (Foucault, 1963, p. 89), inscrit dans une dynamique de pronostic, dans le temps de la clinique, et démystificateur, dans la période de l'anatomie pathologique.
- L'accès au signe, et non plus uniquement au symptôme, est ce qui permet d'accéder à la maladie, à la structuration des savoirs médicaux, aux mécanismes, à la *pathologie*. L'élaboration des signes se constitue par la pratique de la sémiologie, qui rend la maladie intelligible. Cette pratique se donne à voir comme une grammaire du regard, comme le souligne Olivesi (2004b).

4.2 LA SÉMIOLOGIE MÉDICALE : ÉLÉMENTS EMPIRIQUES

À l'instar de la démarche entreprise au chapitre précédent, bien que nous ayons changé l'ordre d'énonciation ici, nous souhaitons opérer un détour par des éléments empiriques. Il s'agit d'une part d'ancrer notre objet dans un ensemble de pratiques plus ou moins circonscrit et constitué en savoirs. Mais il s'agit surtout, d'autre part, de nous imprégner des discours produits par les médecins eux-mêmes pour tracer le périmètre de leurs savoirs et pratiques, les logiques qui y président, les constructions théoriques qui en constituent le soubassement.

Pour ce faire, notre matériau de prédilection restera principalement constitué de ressources pédagogiques de provenances variées. À partir de manuels et de cours, nous tenterons de présenter succinctement ce qu'il est enseigné aux étudiants de médecine lorsqu'on les initie à la sémiologie. Nous tentons ici de préciser les termes médicaux qui nous permettront d'accéder à des vocabulaires professionnels codifiés et hermétiques aux non-spécialistes. Ils seront nécessaire à la compréhension de l'ensemble de notre travail, où nous nous essayons à l'exercice de ne pas rester à la surface des interactions. En effet, si l'on veut comprendre les formes de rationalité impliquées dans la production des processus délibératifs et interprétatifs, nous devons nous attacher à pénétrer ce langage.

Nous décrivons dans une première étape le projet de la sémiologie médicale, qui se définit en tant que science des signes, signes qui sont considérés comme le « langage des maladies » (Bariéty *et al.*, 2009). Il s'agit ici de comprendre les acceptions contemporaines des termes dont nous avons longuement parlé dans une perspective historique en suivant Foucault.

Dans un second temps, nous interrogeons les deux formes de sémiologie qui coexistent dans les pratiques médicales, d'autant plus lorsqu'elles sont collectives et se donnent à voir simultanément. Nous verrons comment la sémiologie clinique s'équipe de sémiologies issues du très vaste ensemble d'examen complémentaires par lesquels des signes vont être constitués par différentes spécialités professionnelles médicales.

4.2.1 INTERPRÉTER LE LANGAGE DES MALADIES

Au début du troisième chapitre, nous avons déjà procédé à quelques définitions de termes médicaux nécessaires à la compréhension de notre propos. Il est indispensable d'y revenir de façon un peu plus approfondie, en y ajoutant de nouvelles notions, qui correspondent davantage à la pratique clinique. Nous avons commencé par tenter de définir le terme de « maladie », à l'aide d'ouvrages de référence dont le plus ancien remontait au XX^e siècle (Canguilhem). Or, dans ce quatrième chapitre, nous avons opté pour une temporalité différente en remontant davantage dans le temps à la suite de M. Foucault, une stratégie permettant selon nous d'éclairer de façon pertinente des phénomènes d'évolution des pratiques médicales. Loïc Capron, dans un de ses cours d'introduction à la sémiologie médicale⁷, repart donc d'une définition d'É. Littré⁸ – lexicographe et médecin – du terme de « maladie », au XIX^e siècle : « *Altération organique ou fonctionnelle de la santé considérée dans son évolution, et comme entité définissable.* ». Nous y reconnaissons à peu de choses près la définition du Robert que nous avons reproduite dans le chapitre précédent. Mais la différence subtile qui y est présente donne lieu à des explicitations éclairantes de Loïc Capron. L'altération, chez Littré, est donc organique ou fonctionnelle. L'altération organique désigne une modification de l'état de santé qui a une origine « matérielle », un substrat organique – par exemple, le foie attaqué par un virus. Dans cet exemple, si l'on observe un échantillon de l'organe atteint, son aspect sera altéré par rapport à celui d'un organe sain. L'altération fonctionnelle désigne l'atteinte d'une fonction du corps. À l'inverse d'une altération organique, celle-ci n'est pas visible lorsqu'on procède à une observation des organes remplissant la fonction concernée. Pour Capron, cette distinction, valable au XIX^e siècle, n'existe quasiment plus aujourd'hui. En fait, elle n'existe pratiquement plus que dans le domaine de la psychiatrie, où des altérations fonctionnelles dont on ne connaît pas le substrat organique continuent à se manifester comme des maladies. Nous voyons donc ici que l'évolution de la notion de « maladie » a été modifiée par les développements de l'anatomoclinique, puis de la biologie médicale. La maladie est alors extraite de l'espace de l'altération fonctionnelle pour être finement reliée à ses substrats organiques.

Le concept de maladie se structure alors selon un schéma opérationnel qui comprend une cause (par exemple un virus) ; une ou plusieurs cibles (par exemple un organe ou un système) ; et un début, un déroulement, et une fin (que les médecins appellent dessin primordial ou forme typique). La maladie est donc inscrite dans un corpus de connaissances structuré, permettant de relier causes, effets et mécanismes de la maladie, ces éléments se précisant

7. Ce cours est disponible sur une plateforme de vidéos en ligne, sur une chaîne intitulée « La bibliothèque médicale », et disponible à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=AU-RrDBDQn8>. Il s'agit d'une captation d'un cours en faculté de médecine.

8. Nous n'avons pas pu accéder à la référence originale, qui est cependant citée dans de nombreux documents en ligne.

avec le développement des savoirs biomédicaux. À partir de ces précisions, qu'en est-il de la pratique clinique des médecins? Comme l'exprime M. Foucault dans l'introduction de *Naissance de la Clinique*, l'accès au phénomène pathologique se redéfinit : « *une grammaire des signes s'est substituée à une botanique des symptômes* » (Foucault, 1963, p. xiv). Il s'agit donc d'une recomposition de la pratique de l'interprétation par le médecin, où l'identification de la maladie va s'intégrer dans un raisonnement dans lequel la maladie n'est plus une forme à identifier mais un ensemble structuré, basé sur des relations de causalité⁹.

Tout ce dont nous traitons jusqu'ici sert de base à la sémiologie médicale. Dans un ouvrage pédagogique de référence sur la question, qui s'adresse aux étudiants en médecine, les toutes premières lignes du premier chapitre stipulent : « *Les maladies sont l'objet même de la médecine. Toutes les maladies se manifestent par des signes, qui sont leur "langage" : sans signes, pas de maladie; ni diagnostic, ni pronostic, ni traitement.* » (Bariéty et al., 2009, p. 3). Nous soulignons ici l'expression de « langage » utilisée par l'auteur pour désigner les formes de manifestation structurées de la maladie, que nous avons empruntée pour donner un titre à cette partie. Mais nous soulignons cela également en référence aux termes de Foucault, qui axait une grande partie de son propos sur et autour de la forme langagière pour expliquer les recompositions des pratiques cliniques. Nous précisons donc que ces éléments sont uniquement retenus en tant qu'éléments empiriques, et nous exposerons tout au long de ce chapitre la façon dont nous nous équipons de catégories analytiques pour saisir ces formes de pratiques. Toujours dans ce même passage d'ouverture du manuel de sémiologie, l'auteur poursuit : « *La maladie est l'unité opérationnelle du raisonnement et du savoir médical. Science des signes, la sémiologie est la première étape de l'étude des maladies, et donc de la médecine.* ». Il nous revient donc d'en expliciter les notions fondamentales.

Nos auteurs définissent la sémiologie de la façon suivante : « *La sémiologie (ou séméiologie ou sémiotique) est le discours (la science, logos en grec) des signes (sêmeion).* » (p. 4). Cette définition en appelle au moins une autre, celle de *signe*, à laquelle nous ajouterons celle de *symptôme*. Pour définir la notion de signe, l'auteur se réfère au Robert : « *chose perçue qui permet de conclure l'existence ou la vérité d'une autre chose à laquelle elle est liée.* ». Le symptôme, quant-à-lui, est désigné comme étant un quasi synonyme du signe, à l'exception près qu'il se rapporte davantage à la notion de signe fonctionnel, c'est-à-dire indiquant une altération fonctionnelle (voir *supra*). C'est une catégorie particulière de signes que l'on retrouve parmi les signes cliniques.

9. Nous ne traiterons pas pour le moment de la notion de *preuve* en médecine, qui sera exposée à la fin de ce chapitre, voir 4.4.3, p. 191. Nous tentons ici l'exercice d'une courte introduction aux concepts essentiels de la sémiologie limitée au propos de notre thèse.

La catégorisation proposée par les auteurs pour qualifier les différents types de signes avec lesquels les médecins travaillent se compose de trois grandes catégories que nous souhaitons reproduire sans les détailler de façon exhaustive (*Ibid.*, p. 9).

1. Signes cliniques

Ce sont les signes recueillis au chevet du patient, comme l'indique le terme « clinique ». Il procède par différentes modalités : l'écoute (anamnèse), le regard, le toucher (palpation, percussion), et l'auscultation. Très peu d'outils sont impliqués dans la production de ces signes (stéthoscope, ...). Les signes cliniques sont eux-mêmes subdivisés par les auteurs en quatre catégories :

— Les signes fonctionnels

Ce sont les symptômes qui sont formulés par le patient. Ils sont subjectifs. Le médecin y accède par l'écoute. Exemple : douleurs.

— Les signes physiques

Ce sont les manifestations des maladies que le médecin « *constate objectivement* ». Le médecin y accède par sa pratique : l'inspection, la palpation, le toucher, la percussion, l'auscultation. Le patient peut ne pas les percevoir. Exemples : éruption cutanée, souffle cardiaque.

— Les signes généraux

Les signes généraux peuvent être fonctionnels, ou physiques; mais ils ne peuvent pas être rattachés à un organe, appareil ou système. Exemples : asthénie (fonctionnel), fièvre (physique).

— Les signes focaux

Leur origine est attachée à l'altération d'un organe, appareil, ou système particulier. Ils peuvent ici aussi être fonctionnels ou physiques. Exemples : vision floue (fonctionnel), anomalie de réflexe (physique).

2. Signes cardinaux

Il s'agit de signes majeurs caractérisant un état. Par exemple, l'inflammation est caractérisée par ces signes cardinaux : rougeur, chaleur, tumeur (au sens de gonflement), douleur.

3. Signes paracliniques

Les signes paracliniques sont les signes qui auront été produits par d'autres moyens que la pratique clinique. Ils vont être produits par un ensemble de technologies sur lesquelles nous reviendrons dans la partie suivante.

Le statut du signe peut donc être multiple. Ces statuts attirent notre attention sur les territoires qui sont dessinés par les différentes formes de pratiques qui en sont les conditions de production. Si l'on revient un instant sur la distinction syndrome / maladie que nous avons évoquée au début du chapitre trois (p. 114, note 2), on comprend que la différenciation opère dans la construction conceptuelle de la maladie. En effet, alors que le syndrome désigne une collection de signes définie et reproductible dans son ensemble, la maladie se construit quant à elle dans un espace de raisonnement impliquant des mécanismes causaux. Il s'agit de la frontière entre l'espace de la sémiologie « pure » et celui de la pathologie.

4.2.2 DE LA SÉMIOLOGIE CLINIQUE À LA SÉMIOLOGIE PARACLINIQUE

Envisageons maintenant un autre volet constitué par l'ensemble des signes paracliniques, c'est-à-dire ceux qui se distinguent de l'examen clinique effectué directement auprès du patient. Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous souhaitons le positionner dans son historicité en procédant à quelques précisions, qui permettront de mieux saisir les reconfigurations par lesquelles les pratiques de la médecine sont passées et qui contribuent aujourd'hui à la dynamique de son exercice. Précisons cependant que les démarcations de périodes historiques ne sont pas franches, et nous n'entendons pas faire ici un travail d'historien.

Le parcours historique effectué par Foucault, dont nous sommes partie, axait son propos sur la période de la méthode anatomoclinique. Tout au cours du XIX^e siècle, les grandes maladies seront grâce à cette dernière identifiées et caractérisées. Alors que cette méthode tend à s'essouffler à la fin du XIX^e siècle, de nouveaux modèles apparaissent. La voie de la physiopathologie s'ouvre, inscrite dans le modèle de la médecine expérimentale que promeut Claude Bernard, qu'il qualifie lui-même de *raisonnement* (Bernard, 1864). Ces travaux proposent d'étudier les modes de fonctionnements des sujets normaux pour expliquer les maladies qui en sont une altération. La méthode expérimentale est entièrement tournée vers la mise au jour des phénomènes causaux qui expliquent les maladies. Progressivement, la médecine intègre ces développements, où clinique et biologie se complètent dans leurs approches. Au début du XX^e siècle, parallèlement aux avancées dans le domaine des maladies infectieuses et des vaccins avec les travaux de Pasteur en particulier, la médecine commence à passer de la lésion – héritage de la méthode anatomoclinique – à la perturbation de la fonction (Tubiana, 1995, pp. 254–257).

C'est la seconde guerre mondiale qui accompagnera de nouvelles évolutions majeures dans le champ de la médecine. Les grandes avancées scientifiques qui se sont produites pendant cette période tant dans le champ de la physique, des mathématiques, que des technologies viennent recomposer les connaissances, les techniques et l'épistémologie de la médecine. Tubiana (1995) identifie trois évolutions capitales lors de cette période. Tout d'abord, les progrès de la biologie ont « *substitué aux maladies classiques, entités nosologiques dont les contours étaient souvent imprécis, des mécanismes physiopathologiques dont les causes et les conséquences ont été progressivement élucidées* » (p. 275). La seconde évolution de la pratique médicale provient de l'irruption dans l'univers médical d'un grand nombre d'examens paracliniques : « *Certes, certains d'entre eux existaient avant la Seconde Guerre mondiale. Mais d'auxiliaires de la clinique, ceux-ci sont devenus un élément d'investigation majeur capable, dans un nombre de plus en plus grand de cas, de la précéder.* » (p. 275). Le troisième changement a été l'introduction de la statistique médicale, innovation méthodologique capitale sur laquelle nous reviendrons de façon très approfondie tout au long de ce travail.

La médecine contemporaine intègre donc dans son ensemble de savoirs et pratiques les signes paracliniques issus de technologies dont le développement est incessant. L'imagerie en particulier, est un secteur en perpétuelle expansion, dont l'importance dans les pratiques diagnostiques revêt une dimension critique dans les propos des cliniciens de notre terrain. Une autre dimension de la pratique sémiologique est donc également à l'œuvre dans le travail interprétatif des médecins en vue de la formulation du diagnostic. Il nous apparaît que deux changements sont saillants. Tout d'abord, une autre catégorie de corps de métier intègre le processus diagnostique, et donc celui du raisonnement médical. Les médecins dont la spécialité est paraclinique ne sont pas, par définition, des cliniciens. Ils viennent donc nécessairement s'articuler dans un processus dans lequel ils ne sont pas initialement intégrés, généralement. Dans le cas de notre terrain, cet élément sera capital. L'accès aux signes paracliniques sera marqué par cette distance avec les différentes conditions de leur production, et constituera un des points importants de notre réflexion. La seconde différence importante que nous souhaitons souligner porte sur la nature des procédés paracliniques. Alors que le clinicien, dans sa démarche, enquête sur les signes qu'il peut discerner sur le patient, le spécialiste va s'intéresser à une portion restreinte de celui-ci. Qu'il s'agisse de l'organe supposément atteint, d'une portion de celui-ci, ou de prélèvement de liquide biologique, le spécialiste va procéder à une production de signes qui se fera dans un espace très différent de celui dans lequel opère le clinicien.

Dans le cours d'introduction à la sémiologie de L. Capron, ce dernier classe les signes paracliniques selon quatre grandes catégories.

1. La biologie

Il s'agit ici des différentes analyses qui peuvent être effectuées à partir d'échantillons de substances biologiques. Elles peuvent porter sur des prélèvements sanguins, urinaires, etc. L'exemple le plus courant est celui de la numération de la formule sanguine (NFS), où le biologiste va produire un ensemble de données permettant de caractériser les cellules et fragments de cellules présents dans le sang, tels que les hématies, les leucocytes et les thrombocytes. Les signes sont alors de nature biochimique.

2. La pathologie

Elle peut être aussi nommée anatomopathologie, ou histologie. L'anatomopathologie est la science qui étudie les altérations organiques provoquées par la maladie (Quevauvilliers et Fingerhut, 2009). L'examen est donc effectué sur des tissus ou des organes qui auront été prélevés sur le patient (biopsie). Il peut être macroscopique ou microscopique. Dans le cas de l'examen microscopique, on parle alors de l'histologie, qui donne la composition et la structure des tissus organiques et des cellules. Dans le cas de notre terrain, et de la cancérologie en général, les signes produits par les praticiens anatomopathologistes sont d'une importance capitale. Seule l'analyse des

cellules tumorales permet de produire un diagnostic positif de cancer ayant une valeur probante.

3. La physiologie

Il s'agit de produire des signes qui vont quantifier des propriétés fonctionnelles du corps humain. On va mesurer les capacités de l'appareil respiratoire (spirométrie), du cœur (électrocardiographie), du cerveau (électro-encéphalographie) ou encore des muscles (électromyographie).

4. L'imagerie médicale

L'imagerie utilise différentes propriétés physiques pour rendre visible l'intérieur du corps des patients. Elle peut être structurelle dans le cas où l'on cherche à produire des images anatomiques, ou fonctionnelle dans le cas où l'on veut visualiser le fonctionnement d'organes (métabolisme). Elle peut également être interventionnelle, mais cette dimension ne rentre pas dans le périmètre de notre travail. On y retrouvera une grande variété de modalités, utilisant les rayons X, les rayons Gamma, le magnétisme, les ultrasons, et la lumière. Ce sont principalement les radiologues qui procèdent à la lecture des résultats d'examens, et qui vont, par reconnaissance de formes, produire les signes paracliniques correspondants. Cette catégorie de pratiques interprétatives retiendra une attention particulière dans notre travail.

Cet ensemble constitue le vaste champ des « examens complémentaires » qui peuvent être nécessaires pour établir un diagnostic, ou suivre l'efficacité d'un traitement, par exemple. La pratique clinique se retrouve donc équipée de capacités nouvelles dans son accès aux manifestations de la maladie. La production des signes est également distribuée d'une nouvelle manière. Tout d'abord, elle fait intervenir de nouveaux praticiens, dont la perception du patient peut, dans certains cas, se limiter à des échantillons de matière biologique ou à des clichés de parties du corps. Elle fait également intervenir tout un ensemble de technologies. Les technologies qui permettent d'utiliser des phénomènes physiques pour rendre visible ce qui était auparavant invisible, dans le cas de l'imagerie ; mais également tout un ensemble de codes, de conventions, de représentations graphiques de l'organe normal ou pathologique. Ces éléments, ces signes, qui vont intégrer les processus permettant d'aboutir à un diagnostic – dont l'issue de la *délibération* va grandement dépendre – présentent donc un intérêt majeur dans le cadre de notre recherche.

SYNTHÈSE

Avec ces précisions concernant la sémiologie médicale, nous avons maintenant une idée plus claire de l'espace des savoirs et pratiques dans lesquels se déroulent les pratiques interprétatives médicales. À l'issue de ce détour par des éléments empiriques, que nous avons tenté de replacer dans la perspective des transformations successives des pratiques et des savoirs médicaux, quels sont les éléments que nous voulons souligner, intégrer dans le processus d'élaboration des objets de notre recherche ?

- Un élément capital sur lequel nous reviendrons de façon bien plus détaillée concerne la dimension probante que peuvent revêtir certains signes paracliniques. Nous pensons ici en particulier aux analyses histologiques produites par les anatomopathologistes, qui jouent un rôle très important en cancérologie.
- L'articulation de la production et de l'interprétation des signes cliniques et paracliniques ne fait pas uniquement intervenir des types de pratiques et des technologies différentes. Elle implique également l'articulation entre des professionnels dont les spécialités sont différentes. Nous soulignons également que chacun de ces professionnels ne dispose pas d'un accès identique au patient, et à son corps. L'unité du raisonnement médical est donc différente chez les différents spécialistes.
- La production du signe dans la pratique clinique et paraclinique est tendue vers le rattachement de celui-ci à un ensemble structuré, la maladie. Le développement de cette notion, avec la médecine expérimentale en particulier, s'organise autour de la notion de causalité, et toute l'activité de production sémiotique est ordonnée à l'identification de ses mécanismes. La dimension étiologique devient essentielle dans la production du raisonnement médical dans son ensemble.
- La production des signes, qu'ils soient cliniques ou paracliniques, s'appuie sur un travail perceptif double. Il est question de reconnaissance de formes, d'une part, mais également de reconnaissance du normal et du pathologique dans la reconnaissance même de ces formes. Cela est particulièrement vrai dans les pratiques interprétatives de l'imagerie médicale.
- Le développement des savoirs et pratiques médicales, tout au long de l'histoire que nous avons illustrée à plusieurs reprises à propos de périodes charnières, peut se donner à voir comme une tentative de restriction progressive du domaine de la conjecture. Pourtant, la clinique et les pratiques conjecturales qui y sont associées persistent, alors même que les technologies dont nous disposons aujourd'hui sont très avancées par rapport à l'âge de l'anatomoclinique.

4.3 LE PROCESSUS INTERPRÉTATIF : UNE PRATIQUE PRUDENTIELLE ET INDICIAIRE

Au fil des deux premières sections de ce chapitre, nous avons pu successivement nous intéresser à une généalogie du regard médical – et plus spécifiquement à ce que nous avons retenu de l'enquête de Foucault – puis à des pratiques et savoirs tels qu'ils sont transmis dans les facultés de médecine lorsqu'il est question de sémiologie médicale, qu'elle soit clinique ou paraclinique. Jusqu'ici, notre propos a pu s'équiper d'une mise en perspective historique, qui invite à observer d'un œil attentif les mutations actuellement à l'œuvre. Nous avons également acquis, grâce aux éléments empiriques, certaines notions essentielles que l'on retrouve dans différents volets de la pratique médicale, certains nous intéressant particulièrement. Afin de poursuivre la construction de notre objet, portant sur un ensemble de pratiques perceptives, catégoriales, interprétatives des médecins, il convient désormais de nous tourner vers des notions de sciences humaines et sociales qui vont nous permettre de qualifier cet ensemble de pratiques et de problématiser notre objet.

Pour ce faire, nous présentons la combinaison de deux modèles permettant de qualifier les pratiques médicales, portant particulièrement sur leurs dimensions délibératives et interprétatives. Florent Champy, dans son ouvrage portant sur la sociologie des professions, met en regard une construction théorique lui appartenant – les professions à pratiques prudentielles – avec un autre paradigme, portant spécifiquement sur l'activité sémiotique dans certains modes de raisonnement – le paradigme indiciaire (Champy, 2012, Ginzburg, 1980). Nous présentons donc dans un premier temps les spécificités que présentent ces cadres de qualification des savoirs et pratiques propres au *discernement du particulier* qui nous intéresse spécifiquement dans ce chapitre. Il s'agit également de mettre en perspective ces modes de connaissance et d'action par rapport à la problématique d'ensemble de notre thèse. Nous questionnons alors les implications de ces qualifications théoriques des pratiques des médecins lorsqu'on replace celles-ci dans les formes de raisonnement mises en œuvre par les professionnels, ou les différentes formes de rationalité sur lesquelles le raisonnement médical s'appuie.

La seconde partie de cette section est consacrée à l'examen des spécificités du paradigme de l'indice par rapport à celui des pratiques prudentielles, en nous intéressant de façon plus particulière à la dimension perceptive du processus interprétatif. Nous cherchons à montrer en quoi le paradigme indiciaire ainsi que certains travaux issus du courant des *Science and Technology Studies*, de la cognition distribuée et de la sémiotique permettent de questionner les processus perceptifs et sémiotiques dans leur dimension distribuée.

4.3.1 PRATIQUES PRUDENTIELLES ET PARADIGME INDICIAIRE

La proposition théorique faite par F. Champy de rapprocher le paradigme de l'indice de celui de la prudence s'inscrit dans un projet propre à l'auteur, visant à contribuer à la sociologie des professions. Il propose, de façon générale, de s'intéresser aux savoirs et aux pratiques des professionnels. C'est la tentative que nous poursuivons tout au long de la construction de nos objets, bien que nos objectifs soient différents. Dans son ouvrage, l'auteur cherche à approcher et qualifier une catégorie de professions regroupant des pratiques similaires, catégorie dont font partie les professions médicales. Florent Champy s'intéresse aux spécificités des pratiques et savoirs professionnels mobilisés dans des situations d'incertitude irréductible, et où les choix des acteurs peuvent être lourds de conséquences. Pour saisir les spécificités du raisonnement professionnel en question, l'auteur axe son propos sur ces deux modèles. Notre attention sera davantage portée sur les apports du paradigme indiciaire, la notion de *prudence* et de pratique prudentielle ayant déjà été longuement décrite dans les chapitres précédents.

Dans un célèbre essai, l'historien contemporain Carlo Ginzburg (1980) propose d'exposer les racines d'un « paradigme de l'indice ». Dans son exposé, l'auteur se positionne dans une perspective historique et épistémologique. Son analyse cherche à sortir de l'opposition entre rationalisme et irrationalisme, et procède à une généalogie de ce paradigme. Le modèle indiciaire, chez Ginzburg, désigne les pratiques mises en œuvre quand « *des traces parfois infinitésimales permettent d'appréhender une réalité plus profonde, qu'il serait impossible de saisir par d'autres moyens.* » (p. 12), ou encore, se caractérise par « *la capacité à remonter, à partir de données expérimentales apparemment négligeables, jusqu'à une réalité complexe qui n'est pas directement expérimentale* » (p. 14). Ginzburg situe l'origine de ces capacités dans les activités de chasse préhistoriques, où les traces jouaient un rôle très important dans les raisonnements et les pratiques.

La stratégie d'énonciation de Ginzburg nous paraît très convaincante. Elle part de trois exemples, trois figures qui vont illustrer successivement les pratiques qui nous intéressent. L'auteur commence avec l'exemple de Giovanni Morelli, critique d'art spécialiste de la peinture de la Renaissance italienne. Constatant que les musées étaient remplis de tableaux attribués à tort à certains peintres, Morelli a développé une méthode permettant de restituer les œuvres à leur véritable auteur. Pour cela, il développe une technique d'interprétation qui se fonde sur certains détails réputés négligeables comme les mains et les oreilles, dont la copie était davantage manifeste que l'examen d'ensemble des œuvres : les livres de Morelli, contenant des illustrations de doigts et d'oreilles « *constituent un relevé scrupuleux de ces détails caractéristiques qui trahissent la présence d'un artiste donné – de la même manière qu'un criminel se trahit par ses empreintes digitales* » (p. 7). La seconde figure convoquée par

Ginzburg dans son exposé abonde dans ce sens. Il s'agit du personnage de Sherlock Holmes, créé par Conan Doyle. Le détective est célèbre pour sa capacité à attirer de l'attention aux détails les plus infimes d'une scène de crime, ou lors de l'interrogation de témoins, pour les faire révéler l'identité du criminel. Holmes a donc cette capacité particulière de discerner les détails qui trahissent, alors même qu'ils échappent à la plupart des individus. La dernière figure servant le propos de Ginzburg est celle de Sigmund Freud. En effet, Ginzburg identifie un parallèle important entre la méthode morellienne et celle de la psychanalyse, à partir d'une citation de Freud (Ginzburg, 1980, p. 9), où ce dernier identifie des similitudes entre les deux formes de pratiques, où il s'agit de « *deviner par des traits dédaignés ou inobservés [...] les choses secrètes ou cachées* » (p. 9).

Dans les trois cas, des traces en apparence négligeables permettent d'accéder à une réalité autre que celle de la trace elle-même. Ces traces peuvent être des *symptômes* dans le cas de Freud, des *indices* dans le cas de Holmes, des *signes* picturaux dans le cas de Morelli. Ginzburg explicite son propos : « *Dans les trois cas, on entrevoit le modèle de la sémiotique médicale – la discipline qui permet de porter un diagnostic sur les maladies échappant à l'observation directe en se fondant sur des symptômes superficiels que le profane [...] juge parfois insignifiants.* » (p. 13). Ginzburg finit de nous convaincre alors qu'il cherche les liens entre ces trois figures, apparemment très différentes, mais mettant en œuvre des savoirs d'une grande similarité. Morelli, Freud et Doyle ont tous trois étudié ou exercé la médecine.

Le paradigme que décrit Ginzburg fait intervenir des rationalités assez inattendues. Comme le relève Ginzburg, ces compétences sémiotiques ont été occultées par le modèle de la connaissance platonicien, puis par l'apparition du paradigme galiléen, où se prononcer sur le particulier est problématique, et où le savoir est fondé sur le développement de l'expérimentation. Or, Ginzburg qualifie les formes des savoirs indiciars de *muettes* (p. 43), c'est-à-dire que leurs règles ne peuvent pas être traduites verbalement, sont fondées sur des subtilités impossibles à formaliser, et sont acquises non dans des livres mais dans l'échange, par des gestes, des regards, c'est-à-dire des pratiques distribuées. Elles ne peuvent être ni axiomatisées, ni énoncées. Entrent en jeu dans ce type de savoirs des éléments ne pouvant être formalisés tels que l'odorat, le coup d'œil, l'intuition. C'est ce que nous désignons depuis le début de ce travail comme des processus perceptifs.

Face à la complexité du monde et à la singularité des situations, le paradigme indiciaire offre une alternative au paradigme galiléen. Mais cette alternative implique un renoncement : « *L'orientation quantitative et anthropocentrique imprimée aux sciences de la nature à partir de Galilée a enfermé les sciences humaines dans un fâcheux dilemme : soit adopter un statut scientifique faible pour aboutir à des résultats importants, soit adopter un statut scientifique fort pour aboutir à des résultats de peu d'importance.* » (p. 43). Les modes de production de la

vérité scientifique propres aux sciences de la nature ne permettent donc pas de produire des résultats importants dans ces domaines *muets*.

Pour Florent Champy, ce « *mode de connaissance non scientifique* » est le même que celui étudié par Aristote, qu'il reprend sous le terme de *pratique prudentielle*. Nous reconnaissons avec lui que la complexité des problèmes traités, l'imprévisibilité des solutions, la singularité des cas, l'incertitude irréductible de l'issue de l'action, la dimension conjecturale de l'activité, les formes de réflexivité et d'inférences mobilisées sont inscrites dans le modèle que décrit Ginzburg. Dans le cadre de notre travail, nous avons fait le choix de traiter ces deux paradigmes séparément. Il ne s'agit pas d'une distinction conceptuelle, qui serait complexe à justifier, voire peu judicieuse. La distinction que nous avons opérée entre prudence aristotélicienne et paradigme indiciaire de Ginzburg est liée à la construction des objets de notre recherche. L'ensemble que constituent ces deux paradigmes permet de qualifier de façon satisfaisante le raisonnement médical dans son ensemble. Nous avons choisi de construire deux objets de recherche, qui en sont deux aspects dont nous traitons distinctement, la *délibération* et le *processus interprétatif*. Nous avons donc choisi d'utiliser davantage la notion de prudence pour qualifier les processus décisionnels délibératifs; alors que le modèle de l'indice de Ginzburg se prête mieux à la qualification des processus perceptifs, catégoriaux, et interprétatifs; ces deux aspects participant de la production du raisonnement médical.

4.3.2 DISCERNER LE PARTICULIER, ORDONNER L'EXPÉRIENCE SENSIBLE

Tout au long de notre enquête préalable de terrain consacrée à l'identification et la lecture de documents pédagogiques destinés aux étudiants en médecine, nous avons constaté que l'examen clinique était très souvent présenté comme une étape de « recueil » des signes cliniques. En médecine, comme dans d'autres domaines, on envisage donc que ce qui est désigné comme signe préexiste à l'examen. C'est à partir de là qu'il est nécessaire de prendre de la distance par rapport aux éléments empiriques. Le risque de confusion est grand, et la sémiologie ou sémiotique médicale ne se confond pas avec pas le champ sémiotique ou sémiologique en sciences humaines. Dans le champ de la médecine et de son enseignement, le processus qui mène à l'identification et la qualification de signes cliniques en partant de leur perception par différentes modalités n'est pas conceptualisé. Les modalités d'apprentissage de la médecine et en particulier les longues périodes d'exercice encadrées par des cliniciens plus expérimentés semblent convenir au type de savoir pratique qui nous occupe ici. Pour comprendre ces pratiques, nous mettons en place un ensemble d'outils théoriques, où nous identifions des processus que nous cherchons à étudier afin d'éclairer certains aspects de la problématique d'ensemble de ce travail. Il est donc ici question de chercher à comprendre et qualifier *comment* les médecins *produisent* les signes cliniques. En cela, nous ne partirons pas du principe que l'examen clinique est une pratique de *recueil* de signes qui seraient préexistants à l'examen, bien que nous ne contestions absolument pas l'existence préalable de ces manifestations.

Nous considérons que les paradigmes indiciaire et prudentiel sont pertinents pour qualifier les processus de production des signes dans les pratiques de la sémiologie médicale, mais nous souhaitons y ajouter toutefois certaines précisions. Concernant le périmètre dans lequel nous souhaitons intégrer la question de la production des signes, il nous paraît que l'approche entreprise ici est originale. Interroger la production de signes dans un environnement où la prégnance du régime de visibilité est indéniable¹⁰ nous amène à un des enjeux de ce travail. Tout au long de ce chapitre, nous avons évoqué – souvent avec Foucault – ce qui était *vu* par les médecins. Alors que cette question de ce que *voyaient* les médecins, et en particulier les radiologues, nous a suivie pendant toute la durée de ce travail, il nous est apparu essentiel de poser comme première la question de la *perception* dans le processus de production des signes, souvent délaissée aux sciences cognitives ou à la phénoménologie.

L'enquête de M. Foucault que nous avons largement commentée le montre bien, le travail perceptif est une constituante essentielle de la pratique clinique. Les supports de cours que nous avons pu nous procurer, lorsqu'ils évoquent ce type de pratiques, en particulier dans le

10. Comme le soulignent Bynum et Porter (1993) (*Medicine and The Five Senses*) où les auteurs montrent la construction de la supériorité de la vision sur les autres sens tout au long du développement des sciences médicales.

cas de la sémiologie radiologique, ne donnent à voir que des exemples de correspondances entre des formes et des termes médicaux. Pourtant, dans notre observation, il se joue autre chose, d'une épaisseur bien plus importante, dans le processus de production des signes. Il y a autre chose qu'une relation univoque entre des éléments qui attendent d'être vus et des praticiens qui viendraient les recueillir pour les classer et les évaluer. Sans même évoquer le milieu technique qui participe à la production de ces images, le « coup d'œil » du radiologue peut être posé comme un processus complexe où les spécificités des pratiques que nous cherchons à saisir peuvent être utilement illustrées (Gout, 2012).

Le processus perceptif sera envisagé, à partir de nos éléments empiriques, principalement dans sa dimension collective – l'interprétation collective des images lors des réunions de cancérologie en constitue l'exemple central – et distribuée : ce type d'observable donne alors à voir l'échange et la coproduction qui conditionnent la production du processus. Alors que Ginzburg identifie les racines du paradigme indiciaire dans des pratiques de chasse, il nous revient d'examiner ce mode de connaissance et d'action dans un contexte médical, où le modèle de l'enquête ne suffit pas à expliquer les actions impliquées dans la production des signes. Discerner le particulier, dans le cas de notre terrain, c'est percevoir *dans* un ensemble de savoirs dont la formalisation est fluctuante, dans un contexte d'incertitude irréductible, à laquelle s'ajoute un pronostic vital sans cesse engagé.

Considérer la perception en tant que pratique collective et distribuée, c'est faire droit à Alač et Hutchins (2004) pour qui « *Since knowing is social, then seeing is as well a collective, cultural accomplishment, distributed across practitioners and material world* »¹¹. Voir est certes une activité qui peut être envisagée dans sa dimension cognitive, mais qui revêt toujours également une dimension communicationnelle. En cela, l'approche de la cognition distribuée défendue par Hutchins, couplée à la préoccupation sémiotique d'Alaç, permet d'offrir un cadre méthodologique et des propositions théoriques stimulants pour penser la perception dans sa pratique distribuée¹². Les travaux de Goodwin qu'ils citent dans différents travaux, consacrés à la « vision professionnelle », permettent de franchir une étape supplémentaire. Goodwin montre, à partir de différents terrains, comment la capacité à voir s'articule avec les savoirs professionnels : les praticiens attendent les uns des autres qu'ils soient capables de percevoir le monde selon des catégories pertinentes pour l'exercice de la profession (Goodwin, 1994).

11. *Puisque connaître est une pratique sociale, alors voir est aussi une pratique collective, culturelle, distribuée entre les praticiens et le monde matériel* (Notre trad.)

12. C'est ici un des enjeux de notre travail : approcher les pratiques perceptives dans une perspective externaliste et portant une attention particulière aux technologies permet d'investir des observables empiriques nouveaux avec une profondeur accrue, sans occulter ces activités perceptives essentielles dans l'ensemble de pratiques étudié.

C'est le processus de *catégorisation* qui est ici en question, et où l'on attachera une grande attention aux supports variés qui sont mobilisés pendant sa mise en œuvre. Les savoirs professionnels, dont on peut retrouver certaines traces sur des supports pédagogiques, orientent l'action perceptive dans des directions déterminées, et produisent des attendus. Entre ce que le praticien *peut* voir et ce qu'il *doit* voir, se joue un processus collectif et distribué permettant d'organiser ce qu'Alač (2011) qualifie de *messy world* en catégories pertinentes pour la médecine et à plus forte raison pour l'étude du cas d'un patient en particulier. Il s'agira donc de chercher à comprendre à l'aide de ces éléments comment la production de la visibilité est accomplie par le collectif au cours du processus d'interprétation.

Ces éléments visent à expliciter la façon dont nous souhaitons nous saisir des processus d'ordonnement de l'expérience sensible, afin de permettre sa mise en commun dans les interactions sémiotiques. Cependant, pour saisir de façon satisfaisante ce dont il est question lorsque nous parlons de *discerner le particulier*, il est nécessaire de revenir aux paradigmes que nous avons traités dans cette section. Discerner le particulier, c'est certes percevoir et catégoriser. Mais dans le contexte qui nous occupe, où ce processus perceptif est pris dans un raisonnement professionnel spécifique, il s'agit de le replacer dans la logique d'enquête et dans la *délibération* qui le caractérisent.

Ce qui caractérise la pratique des médecins chez Ginzburg est également la démarche quasiment policière dans laquelle ils sont engagés (Meyer-Bolzinger, 2008). Le processus auquel participent les médecins cherche à établir la vérité des faits passés et actuels, pour mieux en inférer le déroulement à venir selon les différentes options thérapeutiques ouvertes. C'est en cela que le processus perceptif nous paraît crucial. Si l'on ne considère que percevoir ne revient pas uniquement à reconnaître et nommer des formes, et que l'attention est portée sur l'étude de pratiques de catégorisation collectives et distribuées, l'enjeu devient tout autre. En effet, l'examen des processus perceptifs nous permet de mettre au jour la façon dont sont produits les signes, d'une part, c'est-à-dire comment ce qui est perçu est affecté à une catégorie; mais cet examen permet également d'interroger les modalités d'attribution de différents statuts à ces signes. Ce sont ces statuts, que nous examinerons dans la section suivantes à la lumière de la question de la *preuve*, sur lesquels les médecins se baseront pour produire une inférence, qui mènera à la stratégie thérapeutique envisagée.

SYNTHÈSE

La construction du *processus interprétatif* en tant qu'objet de recherche a ici été enrichi d'une dimension supplémentaire et a été qualifié à l'aide de deux paradigmes complémentaires. Nous avons intégré à notre questionnement les pratiques perceptives des médecins, au sein du processus de production des signes cliniques et paracliniques. Le travail perceptif est envisagé dans le cadre de notre questionnement en tant que processus de production des signes au sein de *processus délibératifs* collectifs et distribués. Avant de porter notre attention sur les différents statuts de ces signes dans les savoirs et pratiques médicales, procédons à une synthèse des différents éléments que nous avons rassemblés et problématisés dans cette section.

- Le *processus interprétatif* comprend un travail *perceptif*. Ce qui est *vu, perçu*, fait partie du processus d'interprétation que nous cherchons à constituer en objet de recherche. L'occulter nous ferait perdre une dimension importante de l'activité.
- La dimension perceptive du *processus interprétatif* est une pratique qui peut être qualifiée à la fois à l'aide du paradigme de la *prudence* et de celui de l'*indice*. Qualifier le travail perceptif à l'aide de ces deux paradigmes permet de l'articuler de façon adéquate avec la démarche du raisonnement médical dans le cadre de notre travail.
- Le processus interprétatif, et particulièrement dans sa dimension perceptive, correspond à l'activité de discernement du particulier, qui est une composante essentielle que nous avons identifiée dans le processus délibératif.
- La dimension perceptive du processus interprétatif est définie, dans notre travail, de la façon suivante :
 - il s'agit d'une pratique indiciaire, dans le sens où elle permet d'accéder à des réalités invisibles à partir d'éléments perçus qui les désignent indirectement ;
 - d'une pratique prudentielle, dans le sens où la sélection de ce qui est perçu et ce qui en est inféré est irréductiblement conjectural et difficile à formaliser ;
 - d'une pratique de production sémiotique comportant une forte dimension socio-technique, dans le sens où la mise en visibilité consiste en une organisation de l'expérience sensible en catégories pertinentes pour l'exercice de la profession.

4.4 DES SIGNES AUX PREUVES

Il nous revient maintenant de terminer la problématisation de notre objet. Nous avons décrit et interrogé, dans la troisième section du troisième chapitre, les spécificités de la construction d'objets dans notre discipline. Construire un objet de recherche, un objet problématisé, suppose donc de le réintroduire dans le raisonnement médical, d'une part, et de l'interroger au regard de l'axe de problématisation des dynamiques de rationalisation qui traversent les organisations hospitalières, d'autre part. Nous venons de le voir dans la sous-section précédente, le processus interprétatif comprend une dimension perceptive, et s'intéresse également aux opérations de catégorisation. Ce processus produit des signes. Pour poursuivre notre travail, nous souhaitons nous intéresser aux différents statuts de ces signes, en nous intéressant particulièrement à la valeur probante qui leur sera attribuée afin de supporter le processus délibératif.

Afin de poursuivre le mouvement que nous avons amorcé en ouvrant ce quatrième chapitre avec *Naissance de la Clinique*, la première partie de cette section interroge la façon dont Foucault se saisit de la notion de signe et de symptôme et envisage leur production dans son sixième chapitre intitulé *des signes et des cas*. Ces éléments sont discutés et permettent d'ouvrir la discussion sur ce qui retiendra notre attention dans les chapitres suivants : la production des significations et les relations d'interprétation. Nous saisirons à partir de là l'invitation à une analyse sémiotique qui nous semble figurer dans les pistes offertes par ce texte.

La seconde partie de cette section cherchera à positionner les enjeux du processus de production des signes – dans ses dimensions perceptive et catégoriale – dans le vaste ensemble des analyses sémiotiques. Nous exposerons la façon dont le *processus perceptif* sera investi du point de vue sémiotique. Ces éléments nous permettront d'exposer la stratégie avec laquelle nous abordons la vaste question des signes – dans le champ des sciences humaines et sociales et non plus dans l'acception médicale – pour l'articuler avec celle du raisonnement, en introduisant un questionnement sur la dimension probante de ceux-ci.

Nous terminons le chapitre en prenant du recul sur la notion de *preuve* et d'*evidence*. L'EBM, dont nous avons beaucoup parlé dans les chapitres précédents, sera ici questionnée dans son rapport à la preuve. Alors que ce paradigme fait intervenir la *preuve* dans les processus de production du savoir scientifique en médecine, la réflexion que nous proposons ici cherche à la réintroduire dans les pratiques du raisonnement médical, et dans les formes de rationalité qui les sous-tendent.

4.4.1 SYMPTÔME ET SIGNE CHEZ FOUCAULT

Dans le chapitre « *des signes et des cas* », Foucault envisage de relier symptômes, signes et maladie dans la pratique clinique. Cette analyse, inscrite dans la temporalité de l'émergence de la clinique nous intéresse pour deux raisons. Elle nous permet tout d'abord d'envisager le processus qui construit le « regard médical » dont parle Foucault, c'est-à-dire une réflexion sur la production des signes qui n'escamote pas les processus perceptifs. Elle permet également d'envisager cette question dans une logique d'articulation des savoirs et des pratiques qui relie sans découper et isoler les éléments nécessaires à son exercice. Nous discutons ici son analyse en trois points que nous avons rapidement évoquée sans la développer (4.1.3, p. 162 et suivantes).

« Les symptômes constituent une couche primaire indissociablement signifiante et signifiée »

Foucault développe dans un premier temps une réflexion sur la nature des symptômes, qui constituent à la fois une couche signifiante et signifiée. Pour lui, le symptôme est « *au ras de la nature* » (*Ibid.*, 91), il constitue le différentiel entre la santé et la maladie, et c'est en cela qu'il quitte le statut passif de phénomène pour devenir un signifiant, lorsqu'il est relié avec des savoirs relatifs à des configurations pathologiques. Foucault relève le statut ambigu du symptôme, dans sa dualité signifiante et signifiée : si l'on considère que la maladie est une collection de symptômes¹³, le symptôme dans sa fonction signifiante renvoie à la coexistence de la collection, aux liens entre les symptômes, au différentiel pathologique : « *Quand il est signifiant par rapport à lui-même, il est donc doublement signifié : par lui-même et par la maladie qui, en le caractérisant, l'oppose aux phénomènes non pathologiques ; mais, pris comme signifié (par lui-même ou par la maladie), il ne peut recevoir son sens que d'un acte plus ancien, et qui n'appartient pas à sa sphère : d'un acte qui le totalise et l'isole, c'est-à-dire d'un acte qui l'a par avance transformé en signe.* » (*Ibid.*, 91)¹⁴. Nous relevons ici la dualité ambivalente du symptôme, qui est certes proche de la « *nature* » mais qui incorpore déjà des savoirs dans sa genèse différentielle, les phénomènes signifiant l'état de santé et l'état pathologique constituant des connaissances nécessaires à l'émergence du symptôme en tant que tel.

13. Ce qui est inexact dans la terminologie actuelle et qui a été discutée à plusieurs reprises tout au long du chapitre.

14. Foucault compare ensuite le fonctionnement du symptôme, dans la pensée clinique, au *langage d'action* de Condillac, qui désigne une structure linguistique des actes de communication non langagiers (ce que la recherche contemporaine appelle *proto-langage*).

« *C'est l'intervention d'une conscience qui transforme le symptôme en signe* »

Le second mouvement qu'énonce Foucault cherche à décrire le processus qui transforme le symptôme en signe. Pour l'auteur, le symptôme est le « *support morphologique du signe* » (*Ibid.*, 93). Il n'y a donc pas de signe sans symptôme, mais cette transformation est liée à une activité, que Foucault décrit comme « *une opération qui se rend visible la totalité du champ de l'expérience en chacun de ses moments, et en dissipe toutes les structures d'opacité* » (*Ibid.*, 93). Il en identifie quatre dimensions, quatre opérations qui :

- totalise en comparant des organismes
- remémore le fonctionnement normal
- enregistre les fréquences de la simultanéité et de la succession : Foucault fait ici référence à l'observation systématique qui permet de déterminer la coexistence ou la succession de différents symptômes comme constituant une configuration pathologique connue.
- scrute le corps et découvre à l'autopsie un invisible visible : ici, c'est le retour sur les symptômes qui permet à la médecine d'établir des corrélations entre des lésions visibles à l'autopsie et des symptômes qui ont précédé le décès.

Foucault conclut alors : « *Le symptôme devient donc signe sous un regard sensible à la différence, à la simultanéité ou à la succession, et à la fréquence. Opération spontanément différentielle, vouée à la totalité et à la mémoire, calculatrice aussi; acte par conséquent qui joint, en un seul mouvement, l'élément et la liaison des éléments entre eux.* » (*Ibid.*, 93). Nous soulignons ce point qui nous paraît particulièrement important dans notre réflexion : il balise le terrain pour comprendre comment s'ordonne le processus perceptif, comment le regard médical envisage sa *sensibilité*. Le second point qui retient notre attention est la persistance de la dimension différentielle du travail perceptif et interprétatif, entre le fonctionnement normal et pathologique, qui était déjà présente dans l'étape précédente. Nous avons déjà souligné le « regard calculateur » dont parlait Foucault (4.1.3, p. 162) , il en est encore ici fait mention.

« *L'être de la maladie est entièrement énonçable en sa vérité* »

C'est ainsi que Foucault décrit le passage du symptôme au signe. C'est du langage et de l'énonçable dont il est ici question. Dans cet extrait complexe, l'auteur expose la traduction qui s'opère depuis le domaine des signes vers celui du langage. Ce qui a lieu lors de ce déplacement est le retour vers une linéarisation temporelle des symptômes et signes dont la construction était davantage de l'ordre du spatial. Lorsque Foucault emploie le terme « spatial », il fait référence à l'organisation nosologique des connaissances des maladies, où les scientifiques classaient les maladies selon des « tableaux » à la manière des naturalistes et des botanistes. Nous retenons de ce passage l'intérêt de l'articulation que propose Foucault, qui permet au travail perceptif de s'inscrire dans un espace discursif. Bien que la préoccupa-

tion de Foucault – le langage – soit très éloignée des nôtres, nous soulignons cependant des proximités dans la démarche, puisque le cadre théorique que nous avons retenu pour penser les techniques en général, et les technologies de classification en particulier, sont également envisagées par Foucault comme des agencements spatiaux.

Le statut du symptôme, comme le présente Foucault, présentant une dualité signifiant-signifié, nous semble ouvrir un questionnement fécond sur le processus perceptif : la nature différentielle de l'émergence du symptôme constitue déjà une construction dynamique participant à l'élaboration du *visible*. De plus, comme le relève Olivesi, « *Le symptôme n'est plus un indicateur souverain sur lequel ou contre lequel il faut agir; il devient un signifiant dont le regard médical doit cerner le signifié.* » (Olivesi, 2004b). Cette opération de transformation du symptôme en signe que décrit Foucault, qui est exécutée par le regard devenu *sensible*, permet à notre objet de recherche – le *processus interprétatif* – de se ramifier dans le temps et l'espace : le regard élaborant les signes permet de construire leur fonction d'annonce (pronostique, anamnétique, diagnostique) ; il permet aussi de spatialiser le signe dans les liens de causalité qu'il établit avec des lésions organiques, mais aussi dans les tableaux nosographiques.

Ainsi, si notre approche comporte certes une dimension sémiotique puisque nous cherchons à comprendre les conditions de développement des pratiques signifiantes, notre attention se focalise aussi sur la façon dont sont produites les significations et les relations d'interprétation. La pratique clinique que Foucault décrit comme une herméneutique s'inscrit donc dans le lien entre rendre visible et énoncer, où l'entrée dans le domaine du langage ordonne les signes à une nouvelle organisation nécessairement réglée à une syntaxe qui articule le visible dans un nouvel espace désormais discursif. Chez Foucault, cette double dimension semble constituer la « grammaire du regard », où spatialisation et verbalisation le co-construisent : « *Il faut se placer, et, une fois pour toutes, se maintenir au niveau de la spatialisation et de la verbalisation fondamentales du pathologique, là où prend naissance et se recueille le regard loquace que le médecin pose sur le coeur vénéneux des choses.* » (Foucault, 1963, p. viii).

Alors que nous nous apprêtons à clore ce chapitre, où *Naissance de la Clinique* aura joué un rôle important de distribution de la parole entre les différentes questions auxquelles cette lecture et l'observation de terrain nous aura amenée, il convient de mesurer les limites de l'apport de l'ouvrage dans le cadre de notre propre travail. Nous avons souligné, tout au long de ce chapitre, les similitudes de questionnement, la façon dont *Naissance* avait influencé ce travail. L'ouvrage nous a en effet donné des pistes pour comprendre le contexte dans lequel s'inscrivaient les pratiques médicales. *Naissance* nous a également invitée à questionner les processus perceptifs dans la pratique clinique, et a éveillé notre attention

sur ce « *regard calculateur* ». Nous verrons lors de la présentation de l'enquête de terrain, dans le cinquième chapitre, que de nombreuses autres ressources auront été nécessaires pour développer une *approche compréhensive*. Cependant, bien que les préoccupations de Foucault dans cet ouvrage sont très différentes des nôtres, *Naissance* a constitué une introduction précieuse au monde de la médecine, dont nous cherchons à instancier une partie restreinte des questionnements dans les pratiques médicales contemporaines, fort éloignées de la période étudiée par l'auteur.

4.4.2 UNE PRÉTENTION SÉMIOTIQUE NÉCESSAIRE

Nous l'avons déjà évoqué dans le courant de ce chapitre, questionner la production des signes par les médecins nous place dans une position délicate. En effet, dans les savoirs médicaux eux-mêmes, les termes de « sémiologie » et « sémiotique » figurent en bonne place, et ce n'est qu'à partir des travaux de Saussure et Peirce que le terme de « sémiotique » sortira du champ des sciences médicales pour investir le champ des sciences humaines et sociales.

S'éloigner de la sémiologie en tant que catégorie professionnelle suppose d'équiper notre approche de travaux inscrits dans notre champ scientifique. Il s'agit donc dans un premier temps de souligner les différences fondamentales entre la sémiologie en tant qu'approche en sciences de l'information et de la communication, et la sémiologie en tant que catégorie professionnelle. Dans un second temps, il est nécessaire de circonscrire la dimension sémiotique de notre enquête, en soulignant les spécificités que nous y apportons dans ce travail. Dans notre approche, il ne s'agit pas de questionner les signes en tant que signes mais de comprendre quelles logiques ont présidé à leurs différentes formes d'élaboration, et ce que ces logiques portent. Comme l'expose très clairement Umberto Eco, on ne peut pas résoudre les questions que pose la sémiotique « *en pensant qu'il existe des unités minimales dites "signes" dont on puisse faire une topologie; ce que nous appelons signe doit être vu comme le résultat d'opérations complexes, au cours desquelles entrent en jeu diverses modalités de production et de reconnaissance* » (Eco, 1992). Nous soulignons ici la différence fondamentale qui se donne à voir entre la sémiologie médicale et les catégorisations de signes qu'elle produit (voir 4.2.1, p. 167), et la position alternative d'Eco positionnée dans notre champ. Inscrire un questionnement de nature sémiotique dans un travail en sciences de l'information et de la communication implique donc de s'en saisir en mettant au premier plan les conditions de production de ces signes.

Il ne s'agit pas de nous interroger sur la *nature* des signes mobilisés lors des processus interprétatifs et délibératifs mais bien de comprendre comment les savoirs et les pratiques médicales les ont constitués, en y introduisant notre propre prisme d'analyse, qui se retrouvera ici dans la dimension probante qui peut être attribuée aux signes, dans différents contextes d'énonciation, qui peuvent aussi bien être ceux de l'interaction locale, que ceux que l'on « fait parler » dans l'interaction parfois de façon tacite lorsque les artefacts et procédures interviennent dans le cours de l'action. En somme, l'invitation à laquelle nous tentons de répondre est celle formulée par Jeanneret, comme une proposition d'une prétention sémiotique limitée dans son ambition, mais néanmoins présente. Pour Jeanneret (2007), « *L'espace pour penser une prétention limitée de la sémiotique [me] semble ouvert. La sémiotique ne peut dire le sens, même le sens normal ou moyen, qui n'existe pas. Elle peut décrire certaines conditions dans lesquelles se développent les pratiques signifiantes. Il [me] semble que certaines recherches en*

Sic ont apporté une contribution particulière à ce projet, parce qu'elles ont été particulièrement attentives aux conditions dans lesquelles la communication institue le sens et les relations d'interprétation. ». Nous souscrivons à ce projet, et y répondons par un détour supplémentaire par Ginzburg.

Ce retour sur le paradigme indiciaire, que nous avons développé plus haut, est motivé par un autre retour, celui de l'auteur lui-même. Carlo Ginzburg, dans un ouvrage collectif et pluridisciplinaire¹⁵ coordonné par D. Thouard (2007b), est l'auteur d'un chapitre dans lequel il revient sur son essai de 1980¹⁶ ainsi que certains autres travaux, intitulé « Réflexions sur une hypothèse vingt-cinq ans après » (Ginzburg, 2007). Après quelques précisions et commentaires sur les usages ayant été faits de son essai pendant cette période, l'auteur expose trois directions différentes dans lesquelles s'oriente sa réflexion : la preuve, la série, le cas. C'est avant tout la première d'entre elles qui nous intéresse. Ginzburg y expose la façon dont il a été conduit à découvrir l'existence d'une rhétorique antique fondée sur les preuves. L'auteur nous invite alors à revisiter une distinction présente dans la rhétorique aristotélicienne.

Comme l'expose Thouard (2007a) dans son chapitre introductif, la *Rhétorique* d'Aristote fait intervenir une nouvelle forme de syllogisme, l'*enthymème*. Dans cette forme de syllogisme, on peut élider certaines présuppositions lorsqu'elles sont inutiles parce que connues. Cette forme de syllogisme est réduite à deux termes, un antécédent et un conséquent. Et l'*enthymème* est selon Aristote fondé sur des vraisemblances, des signes. Dans la *Rhétorique*, Aristote distingue les *semeia* et les *tekmeria*^{17 18}, qui ont tous deux une valeur probante, et pouvant être mobilisés dans une preuve rhétorique, dans la forme spécifique de syllogisme qu'est l'*enthymème*. Les prémisses sur lesquelles repose cette forme de raisonnement sont *probables*, au sens où elles sont *dignes d'approbation*¹⁹.

Nous préciserons ici cette distinction entre les *semeia* et les *tekmeria* à partir d'un article de Roland Barthes, qui résume le propos du chapitre consacré à la rhétorique antique de son ouvrage « *L'aventure sémiologique* » (Barthes, 1970), corroborés par d'autres lectures, en particulier celle de la *Logique de Port Royal* (Arnauld et al., 1662).

15. L'ouvrage est intitulé *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*.

16. Nous faisons référence ici à *Signes, Traces, Pistes. Racines d'un paradigme de l'indice*. (Ginzburg, 1980).

17. Une troisième forme de prémisses est l'*eikos*, qui désigne ce qui tombe sous le sens, qui est généralement partagé par tous les humains. Nous ne le développons pas davantage, car il ne s'agit pas d'un signe dans la qualification aristotélicienne.

18. Précisions également que *tekmerion* provient du terme *tekmor*, signifiant *conjecture*, désignant dans la Grèce ancienne un mode de savoir conjectural proche de la divination, qui restera implicite car écrasé par le modèle platonicien de la connaissance. (Ginzburg, 1980, p. 17)

19. Nous revenons sur cette importante et subtile distinction dans la partie suivante.

- Le *tekmerion* est un indice sûr, nécessaire²⁰. Pourtant, il repose sur une universalité d'expérience, et non sur une vérité scientifique. Ce type de prémisse se passe d'explication tant l'évidence du fait sur lequel elle repose est connue de tous. Barthes cite l'exemple d'une électrocution par l'eau, qui est une connaissance commune et donc qui peut être constitué en *tekmerion*; par opposition à une intoxication à l'or, qui est plus rare, nécessitant donc une explication, et ne pouvant donc être constituée en *tekmerion*.
- Le *semeion* est un signe plus ambigu et moins sûr que le *tekmerion*. Sa présence, son identification et sa catégorisation ne suffisent pas à établir la preuve. Barthes expose la discussion de sa dimension probante de façon très claire : « *Pour que le signe soit probant, il faut d'autres signes concomitants; ou encore : pour que le signe cesse d'être polysémique (le semeion est en effet le signe polysémique), il faut recourir à tout un contexte.* » (Barthes, 1970, p. 205). Ceci n'est pas sans nous rappeler les supports d'enseignement de sémiologie médicale, et les collections de signes qui permettent d'indiquer un syndrome ou une maladie. En effet, comme nous l'avons exposé *supra*²¹, c'est la concomitance de plusieurs signes définis qui permet l'identification d'un syndrome.

Sans pour autant envisager une typologie de signes *a priori*, comme U. Eco en discutait la pertinence, la distinction *tekmerion* / *semeion* présentée ici nous paraît analytiquement riche pour questionner les processus signifiants des médecins lors de la production des signes cliniques et paracliniques, ainsi que leur mobilisation durant les processus délibératifs. Car il ne s'agit pas uniquement ici de discerner le particulier, il s'agit également de le qualifier, c'est-à-dire de questionner les conditions d'attribution de la valeur probante aux signes. Entre *indices* et *signes probants*, il est ici question du statut de la preuve d'une part, mais également des conditions de production, de négociation, et de réception des signes. En cela, ces précisions nous permettent à la fois de nous démarquer des catégories professionnelles, mais également de préciser les contours de la dimension sémiotique de notre travail.

20. Nous nous rappelons la distinction entre le nécessaire et le contingent dans la cosmologie aristotélicienne, où le nécessaire désigne ce qui ne peut être autrement (et qui est le domaine de la science théorique) et le contingent porte sur ce qui peut être, ne pas être, ou être différent de ce qu'il est (et qui est de l'ordre de l'action pratique).

21. Voir 3.1.1, p. 114, note 2.)

4.4.3 PREUVE ET EVIDENCE

L'axe de problématisation que nous avons choisi est celui de la notion de *preuve*, qui est fortement présente dans le traceur empirique que nous avons élaboré dans le premier chapitre de ce travail, à savoir l'*evidence-based medicine*. Tant dans sa dimension paradigmatique que méthodologique, l'*EBM* se construit autour de cette notion de *preuve*, ou devrions-nous dire d'*evidence*. Alors que nous avons puisé dans les travaux de Ginzburg, Eco, Barthes et Aristote pour nous intéresser à la dimension probante qui pouvait être mobilisée dans les processus de construction des signes dans la pratique de la médecine, il est maintenant nécessaire de nous pencher de façon plus précise sur ce que la notion de *preuve* recouvre afin de prendre la mesure de ses implications dans la construction de notre objet.

Il s'agit ici de la tension qui existe entre *preuve* et *evidence*. Pour introduire ces éléments, il nous paraît pertinent de relater la façon dont nous les avons découverts. À l'occasion de la présentation de nos travaux de recherche en langue anglaise, un terme s'est avéré impossible à traduire. Il s'agit du terme *indiciaire*. Par chance, une traduction du célèbre essai de Ginzburg (*Signes, Traces, Pistes. Racines d'un paradigme de l'indice.*) existe en anglais (Ginzburg, 1989). Le titre de l'article a fait l'objet d'un grand étonnement de notre part : « *Clues : roots of an evidential paradigm* ». En lieu et place d'« *indiciaire* », nous avons trouvé un terme relatif à l'*evidence*, que nous avons traduit de la même manière que l'on traduit *evidence-based medicine* en *médecine basée sur les preuves*, sans nous poser davantage de questions jusque là. Ce constat nous a donc posé problème, et aucun des interlocuteurs que nous avons sollicité à ce sujet n'a pu nous éclairer sur cette question de traduction²². Nous avons trouvé la réponse à cette question, qui n'est pas vraiment une réponse, plus tard, dans une note de traduction et dans la préface à l'édition française de « *L'émergence de la probabilité* » de Ian Hacking (2002)²³.

Dans cet ouvrage, Hacking fait la généalogie de la notion de probabilité, et questionne l'émergence de la mathématisation du probable aux alentours de 1650-1660. Cette enquête sur la notion de probabilité joue un rôle majeur dans notre thèse. En déroulant son propos, Hacking présente la naissance de la famille d'idées relevant de la conceptualisation du hasard et du probable. Une première articulation se produit à la fin de la Renaissance. Avant cette période, ce qui était « probable » était quelque chose qui était digne d'approbation. En d'autres termes, il s'agissait d'un attribut de l'opinion, par opposition à la connaissance qui ne pouvait être atteinte que par la démonstration. Une opinion probable était donc un jugement approuvé par le témoignage de personnes reconnues pour leur autorité, leur sagesse. C'est

22. Nous avons questionné à ce sujet les interlocuteurs anglophones à qui nous avons présenté notre travail, Morana Alač et Martha Lampland (UCSD), mais aussi à notre retour des chercheurs francophones de notre entourage mobilisant Ginzburg, en particulier Florent Champy et Christian Fauré.

23. Ian Hacking est un épistémologue et philosophe des sciences canadien. Il est spécialiste de l'histoire des probabilités, de la logique formelle, entre autres.

dans son quatrième chapitre que notre problème relatif à l'*evidence* apparaît. Le chapitre est intitulé dans l'édition française « *L'évidence factuelle* ». Le traducteur y insère une longue note de traduction, où il relève le fait que *evidence* est un faux-ami du terme français *évidence*. Il souligne que le terme français fait référence à un élément qui entraîne la conviction de façon immédiate et indiscutable. Le sens le plus banal, en anglais, en est très différent : « *Le plus souvent, l'evidence anglaise s'apparente à un sens plus rare de l'“évidence” française, celui que l'on rencontre, en particulier, dans l'enquête juridique et policière où il s'agit de produire des pièces à conviction, des éléments d'évidence, étayant tel ou tel point de vue.* » (Hacking, 2002, p. 63). Nous avons déjà, à ce stade, des éléments d'explicitation de la traduction du terme *indiciaire* qui nous posait problème. Un des sens anglais du terme *evidence* est le mot français *preuve*, c'est-à-dire qu'il exclut ce qui n'est que probabilité. Mais son sens le plus commun s'approche davantage d'un signe auquel on aurait attribué une valeur probante.

Nous pourrions nous en tenir à cette explication concernant notre problème de traduction. Mais Ian Hacking revient sur cette question dans sa préface à l'édition française, qu'il a lui-même rédigée. Il en vient à parler de ce problème en l'intégrant dans son propos général. Une des thèses que soutient Hacking dans ce livre est la suivante : « *un monde des signes [qui] a subi une mutation à la Renaissance et s'est transformé en un monde occupé par des faits particuliers, isolés, qui peuvent néanmoins servir comme des preuves positives de faits particuliers dans le futur* » (Hacking, 2002, p. 22). Hacking poursuit en exposant le problème de traduction, et en revenant sur la note de traduction dont nous venons de parler. Il enrichit cette dernière : « *On peut ajouter qu'en français l'évidence est surtout intellectuelle. Le mot vient de videre, “voir”, mais en français on voit avec l'esprit, l'intuition de Descartes. En anglais evidence signifie les faits, les données, qui sont des indices d'autres faits, et parfois des preuves positives de ces faits.* » (Ibid., p. 22). Ces éléments s'expliquent en développant brièvement la thèse soutenue par Hacking. D'attribut de l'opinion, la probabilité va subir un déplacement pendant la Renaissance qui est directement liée à une mutation du concept de signe, dont la fonction première était de rendre probable une opinion. Le signe, qui était un concept majeur des « basses sciences » comme l'alchimie ou la médecine, va progressivement se transformer en celui d'*evidence* au sens anglais. Le changement majeur qui opère est le suivant : de l'autorité d'une personne, on va passer à l'autorité de *faits*. À partir de la Renaissance, les faits « peuvent parler ». Les implications qui en découlent sont d'une importance majeure, et énoncées avec beaucoup de clarté dans la suite de la préface à l'édition française. Nous en reproduisons ci-après un long extrait.

« *Le problème²⁴ est exceptionnellement aigu ici, parce que je dis dans le livre qu'une certaine conception de l'evidence n'existe pas à la Renaissance. Qu'est ce qui manquait, à l'époque de Paracelse ? Le mot anglais, l'idée anglaise d'evidence qui manque aujourd'hui en français ? Il serait sans doute absurde de dire cela.*

24. Il s'agit toujours du problème de traduction.

Non, je soutiens que ce qui manque, c'est le fait moderne, le fait atomique, isolé, indépendant, qui peut néanmoins servir comme indice – et même comme “preuve positive” – d'un autre fait, isolé, indépendant. Je crois que cette idée est le résultat d'une transformation de l'idée de signe à la Renaissance. En général, pour traduire le mot evidence, je préfère parler d'“évidence factuelle”. C'est de l'évidence factuelle, dans ce sens, dont je parle dans mon chapitre 4. Il y a aussi des occasions où le mot “preuve” ou le mot “données” est plus approprié. Mais je crois qu'il y a une leçon à tirer de ce problème de traduction. Tous les termes proches, probabilité, induction, preuve, dans les langues différentes, sont des tentatives d'éluder ou d'escamoter le problème de l'induction. Il n'y a pas de traduction exacte parmi les langues façonnées par l'Europe des Lumières, parce que chaque langue, chaque tradition, dissimule le problème à sa manière propre.»

(Hacking, 2002, p. 23)

Nous soulignons ici chez Hacking l'influence de Foucault, qui n'est plus celui de *Naissance de la Clinique* mais celui de *Les mots et les choses* : « À partir du XVII^e siècle, tout le domaine du signe se distribue entre le certain et le probable [...] Le signe n'attend pas silencieusement la venue de celui qui peut le reconnaître : il ne se constitue jamais que par un acte de connaissance. » (Foucault, 1966, p. 73). Foucault, en commentant la consommation de la rupture avec le savoir divinatoire et la mutation du concept de signe préfigure l'œuvre ultérieure de Hacking : « À la connaissance qui devinait, au hasard, des signes absolus et plus anciens qu'elle, s'est substitué un réseau de signes bâti pas à pas par la connaissance du probable. Hume est devenu possible. » (*Ibid.*, p. 74).

L'extrait de la préface à l'édition française de Hacking que nous avons ici reproduit, ainsi que la dernière citation de Foucault, soulèvent des questions vertigineuses. Pourtant, elles cernent avec acuité ce dont il est question dans l'objet dont nous avons maintenant terminé la construction. C'est bien du problème de l'induction dont il est question, ou « problème de Hume ». Interroger frontalement cette question relèverait d'un projet qui serait à la fois fou et relevant d'une autre discipline. Mais ce détour nous aura permis deux choses. Au premier chef, nous pouvons identifier ce problème du raisonnement inductif. Nous aurions pu l'atteindre autrement, tant le terme est trivial, mais ce détour aura permis de le circonscrire et de le problématiser. Enfin, nous avons pu identifier un axe de recherche qui sera réinvesti de façon intensive dans notre analyse. Il s'agit des conceptions de la *probabilité* que nous interrogerons dans les différents volets de notre matériau empirique.

CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE

Nous disposons maintenant de deux objets problématisés, qui nous permettent de circonscrire la façon dont nous nous saisissons de la question du *raisonnement médical* dans ce travail. L'élaboration de ces objets nous aura également permis de présenter des éléments empiriques fondamentaux pour la phase d'analyse du matériau. Nous tentons dans ce travail l'exercice délicat de ne pas rester à la surface des interactions des médecins, dans un contexte professionnel d'une très grande complexité. Il a donc été nécessaire dans cette partie de procéder à d'importants détours empiriques, qui nous ont permis de comprendre les rudiments des pratiques délibératives et interprétatives en médecine. Dans ces deux chapitres, les éléments empiriques et théoriques mobilisés ont également été intégrés dans leurs contextes historiques respectifs, exercice tout aussi délicat puisque relevant là encore d'une discipline étrangère. Néanmoins, ces deux détours auront permis de donner corps à la problématisation de nos objets.

Alors que nous nous apprêtons à entamer la dernière partie de la thèse, où sera présenté puis analysé le matériau empirique, il convient de procéder à une relecture de la problématique générale au regard des objets nouvellement constitués. Le propos que nous avons développé tout au long du premier chapitre de notre travail a permis de pointer les trois dimensions selon lesquelles nous souhaitons problématiser le *raisonnement médical* : les *rationalisations organisationnelles*, leur équipement par des *technologies*, en tension avec des *pratiques prudentielles*. Nous avons maintenant précisé le périmètre de l'objet étudié, qui correspond donc aux *pratiques*. Nous aborderons donc les pratiques du *raisonnement médical* dans ses dimensions *délibérative* et *interprétative*. Nous avons assez peu abordé les deux autres axes problématiques dans cette seconde partie, ou du moins pas de façon explicite. Il ne s'agit pas, bien entendu, de dire que les technologies et les dynamiques de rationalisation sont nouvelles par rapport aux éléments que nous avons convoqués dans les deux chapitres précédents. Il nous apparaît au contraire que la mise en perspective historique que nous avons proposée permet d'éclairer la dynamique du développement des savoirs et pratiques médicales dans lesquelles s'inscrivent les technologies et les dynamiques de rationalisation que nous avons rassemblées sous le terme « *EBM* ».

Pour rappel, il s'agit de saisir, au travers des pratiques *délibératives* et *interprétatives*, la façon dont le raisonnement médical est produit au sein de processus communicationnels. Plus encore, il s'agit de questionner les formes de rationalité qui sont inscrites dans les différentes technologies qui prennent part au processus de production de la « décision thérapeutique ». En cela, il sera nécessaire lors de l'analyse de questionner les différentes technologies qui seront articulées à l'ensemble paradigmatique et méthodologique que recouvre l'*EBM*, en les analysant de façon très poussée, pour comprendre les logiques qui les sous-tendent. Ces

éléments problématiques sont acquis depuis la fin de la première partie de la thèse. Cette seconde partie consacrée à la construction des objets nous aura également permis de préciser notre propos.

En nous rapprochant des *pratiques* médicales, en interrogeant certains éléments empiriques, et en identifiant deux formes de pratiques spécifiques, nous avons commencé à entrevoir les éléments qui nous permettront d'accéder à la qualification des formes de rationalité mobilisées. Tout d'abord, dans les deux chapitres, nous avons évoqué des modèles de raisonnement issus des écrits d'Aristote. Nous avons parlé du syllogisme pratique dans le troisième chapitre, et de l'enthymème dans le quatrième. Il ne s'agit pas ici d'un choix d'auteur décrété *a priori*, ou d'une stratégie énonciative. Il se trouve effectivement qu'un des points de départ de la thèse, exposé dans le premier chapitre, se trouve dans la qualification des pratiques professionnelles des médecins à l'aide de la *prudence* aristotélicienne. Au fil de nos lectures et de la construction de nos objets, nous n'avons pas pu éviter cette référence canonique dans la plupart des directions dans lesquelles notre recherche nous a amenée. L'articulation avec l'axe problématique des *pratiques prudentielles* n'en a été que facilité, et apporte davantage de robustesse à notre construction. Les deux syllogismes présentent donc un premier intérêt, puisqu'ils constituent des premières tentatives de formalisation des processus que nous cherchons à qualifier. Mais la mobilisation de ces deux modèles de raisonnement nous a également permis de questionner les différents statuts de ce qui en constitue les prémisses.

En somme, lorsque nous questionnons dans le quatrième chapitre ce que désigne l'activité de discernement du particulier, c'est-à-dire la mineure du syllogisme pratique, nous cherchons à identifier ce sur quoi s'appuie le raisonnement lorsqu'il s'agit de l'appliquer à un cas. Dit autrement, il est question de qualifier les différents statuts attribués aux signes qui participent au *processus délibératif*, spécifiquement dans le cas de pratiques de discernement du particulier, dans ce quatrième chapitre. La qualification des signes, dans ce travail, est un point nodal principalement lorsque cette qualification est produite en tension avec la notion de *preuve* ou d'*evidence*. Outre le point concernant la traduction – qui ne manque pas d'intérêt – la potentielle constitution du signe en preuve articule à la fois nos objets et notre enquête.

La tension entre *signe* et *preuve* articule tout d'abord les deux processus, délibératif et interprétatif, où cette tension joue un rôle considérable, du fait de la place de la *preuve* dans les processus « décisionnels ». La seconde articulation se produit entre ce qui relève de l'empirie et de la stratégie analytique. En effet, cette capacité qu'acquiert le *signe* à se transformer en *evidence* voire en *preuve*, a permis d'identifier la question de la probabilité, qui participe à la constitution de notre stratégie d'analyse du matériau empirique.

En effet, dans l'ouvrage de Ian Hacking (2002), l'auteur mène une enquête passionnante sur l'émergence de la probabilité au XVII^e siècle. L'enquête est fortement marquée par le constat initial de la dualité du concept, dès son émergence (ch. 2, pp. 37-61), à partir des travaux de Pascal, Huygens, Arnauld et Nicole, et Leibniz, en particulier. La dualité du probable, c'est-à-dire de l'idée même de probabilité, présente dès ses prémices est explicitée par Hacking de la façon suivante : « *D'un côté, elle est statistique et s'applique aux lois stochastiques des processus aléatoires. De l'autre, elle est épistémique²⁵ et concerne l'évaluation des degrés auxquels il est raisonnable de croire en la vérité de propositions* » (p. 38).

Ces deux conceptions donneront naissance à différentes modalités de mathématisation du probable. Le premier grand paradigme est l'approche *fréquentiste*, dite « objective », où l'on cherche à mesurer des tendances observables de phénomènes aléatoires reproductibles un très grand nombre de fois. Il s'agit alors de dégager des fréquences qui se stabilisent lorsque l'on réitère un essai un grand nombre de fois²⁶. La seconde conception, dite « subjective », *épistémique*, ou encore bayésienne²⁷, cherche à mesurer un état de connaissance par rapport à l'occurrence d'un événement singulier, et cherche à permettre la révision de ces croyances lorsque les connaissances sont modifiées par la survenue de nouvelles données.

Sans rentrer davantage dans les détails de ces différentes formes de mathématisation et leurs implications, nous retenons cette dualité de l'idée même de probabilité. Le matériau que nous présentons dans le chapitre qui suit sera – en partie – analysé au regard de cette dualité. La dimension prudentielle de l'activité médicale, et principalement la forte incertitude et la pratique conjecturale qui la caractérise – principalement dans les objets construits dans la seconde partie de la thèse – seront examinés dans cette perspective, à plus forte raison lorsque nous porterons notre attention sur les technologies qui équipent l'activité. Il s'agit alors de chercher à comprendre la façon dont les concepts de *signe*, de *preuve*, et de *probabilité* ont été spatialisés et grammatisés dans des dispositifs équipant la rationalisation de l'activité ; et comment ces conceptions sont temporalisées dans les pratiques des médecins.

25. *i.e.* relatif à la connaissance

26. L'exemple le plus classique de ce type d'approches est celui des jeux de hasard, comme le jet de dés, par exemple.

27. Nommée d'après le révérend Thomas Bayes, auteur du théorème éponyme, dont l'Histoire a retenu le nom pour qualifier cette approche du probable et principalement ses applications mathématiques.

III

TERRAIN, MÉTHODOLOGIE ET ANA-
LYSE

INTRODUCTION À LA TROISIÈME PARTIE

La troisième et dernière partie de la thèse est consacrée à la présentation et à l'analyse du matériau empirique. La composition des deux chapitres qui viennent s'explique par l'architecture que nous avons développée jusqu'ici. Rappelons brièvement la problématique de ce travail, les éléments saillants des objets élaborés dans la seconde partie, pour être en mesure de présenter la structuration des chapitres à venir.

La thèse cherche à éclairer la façon dont les rationalisations des organisations hospitalières envisagées sous l'angle de la technicisation viennent recomposer les pratiques professionnelles médicales. Notre hypothèse de départ selon laquelle la technicisation se positionne en tension avec la dimension prudentielle des pratiques médicales a guidé la construction de nos objets, et a fait émerger la question de la *probabilité*, à l'aide des notions de *preuve* et d'*evidence*.

L'approche intégrative dans laquelle nous positionnons ce travail rend nécessaire la constitution d'un matériau empirique composé d'observables divers. Le cinquième chapitre présente donc la façon dont le matériau a été composé, les spécificités de l'accès à un terrain hospitalier tel que le nôtre, et la logique qui articule les différents observables. Nous exposons en particulier comment notre observable ethnographique principal vient agréger des observables complémentaires nécessaires à la bonne tenue de notre recherche.

Le sixième et dernier chapitre procède à l'analyse de ces différents matériaux en mettant en regard technologies et pratiques dans toutes les étapes de ce travail. À l'aide du cadre théorique des ACO tel que développé par Bouillon (2013), nous proposons une analyse qui cherche à expliciter les logiques inscrites dans les dispositifs techniques étudiés, et celles que nous avons pu observer dans les pratiques délibératives et interprétatives des médecins lors des réunions de concertation pluridisciplinaires.

5 COMPRENDRE LE TERRAIN, CONSTITUER UN ENSEMBLE EMPIRIQUE

SOMMAIRE

5.1	Posture méthodologique et accès aux terrains	203
5.1.1	Une approche compréhensive	204
5.1.2	Une enquête ethnographique longitudinale	206
5.1.3	Un terrain principal agrégeant des matériaux hétérogènes	208
5.2	Entrer à l'hôpital	212
5.2.1	Spécificités d'un terrain hospitalier médical	213
5.2.2	Premiers contacts	215
5.2.3	La RCP d'Hépatogastro-Entérologie	217
5.2.4	Des premières observations au choix de l'observable principal	219
5.3	Observer l' <i>EBM</i> par son milieu technique	221
5.3.1	Démonter les boîtes noires	222
5.3.2	L'application Oncomip	224
5.3.3	Codifications et systèmes de classification	227
5.3.4	Thésaurus	233
5.4	Comprendre les pratiques : rentrer dans le terrain	236
5.4.1	Immersion, intégration	237
5.4.2	La RCP	239
5.4.3	Un outil de formation : les TCS	244
5.4.4	Le cas de l'interprétation radiologique	246
5.4.5	Entretiens complémentaires	249

... Oui. Patiente de 71 ans euh ... elle était connue depuis euh... 2010, en cancer du colon gauche, découvert en occlusion, euh ... c'était initialement un pT3N2M0, KRAS muté, BRAF non muté, elle a eu une chimiothérapie par Folfox 4 adjuvant puis elle a terminé que par du Xeloda en faisant une paresthésie ... euh ... ça elle a fini en euh ... 2011 ... rapidement après, au niveau du scanner de 3 mois après, y avait un nodule unique à l'union du segment 5 et 6 qui mesurait 33 mm ...

Transcript 5.1 – Narration de cas

À la lecture de ce court paragraphe, les difficultés du terrain apparaissent clairement. Il s'agit pourtant d'un extrait assez quelconque d'une narration de cas en réunion de concertation pluridisciplinaire. Un des objectifs de ce chapitre est de retracer *a posteriori* ce qui nous a amenée à constituer la RCP comme observable principal, et d'explicitier en quoi ce dernier agrège tout un ensemble d'observables complémentaires. Il s'agit donc ici d'exposer la façon dont nous avons constitué l'ensemble de notre matériau empirique.

La complexité des pratiques professionnelles auxquelles nous nous intéressons a été une difficulté dans toutes les étapes de ce travail doctoral. La nécessité d'aller au-delà d'une enquête *sur* le terrain, s'est progressivement transformée en nécessité d'une enquête *dans* le terrain. Sans bagage médical particulier, nous avons donc tenté par tous les moyens possibles de nous rapprocher des savoirs et pratiques médicaux.

Il s'agit donc d'explicitier ici la façon dont la stratégie que nous avons élaborée pour comprendre au mieux le terrain de recherche a permis la constitution d'un ensemble empirique cohérent, tout en faisant mention des conditions dans lesquelles nous avons appréhendé puis investi notre terrain. Nous exposerons dans une première section la posture méthodologique générale qui qualifie notre travail, ainsi que la logique globale de l'agrégation des différentes catégories de matériaux. La seconde section cherchera à éclairer les conditions dans lesquelles nous avons procédé à l'ouverture du terrain de notre observable principal. La section suivante permettra de présenter les ensembles technologiques que nous cherchons à analyser, tout en donnant à voir nos stratégies d'exploitation du matériau. Enfin, dans la dernière section, nous chercherons à exposer la façon dont nous avons tenté de rentrer *dans* le terrain pour proposer un niveau de compréhension des pratiques permettant de les articuler avec leur milieu technique.

5.1 POSTURE MÉTHODOLOGIQUE ET ACCÈS AUX TERRAINS

Rappelons tout d'abord très brièvement les éléments de cadre théorique avec lesquels s'articule la posture méthodologique que nous nous apprêtons à développer. Notre travail se positionne dans le cadre d'une approche intégrative cherchant à questionner communicationnellement l'organisation (Bouillon, 2013). Alors que diverses conceptions communicationnelles des organisations se caractériseront par une emphase sur un registre communicationnel en particulier, notre thèse est construite sur une problématique qui traverse ces différents registres et interroge donc des observables de différents niveaux. À partir de là, notre travail se singularise selon deux modalités.

Tout d'abord, dans le cadre des ACO (Bouillon *et al.*, 2008), les différents registres communicationnels correspondants aux niveaux d'observables des discours, processus et situations de communication sont convoqués de façon complémentaire, de façon à saisir un même phénomène – tel que la rationalisation – selon trois éclairages différents. Nous avons convoqué le registre communicationnel correspondant aux discours organisationnels au cours du travail de problématisation effectué dans le premier chapitre de la thèse. Notre analyse portera sur un matériau empirique davantage consacré à deux de ces registres, correspondants à des observables constitués de situations de communications et d'associations socio-techniques.

La seconde singularisation à laquelle nous procédons est relative au second volet de notre positionnement théorique. Envisager les techniques comme constitutives des pratiques nous invite à les intégrer dans notre matériau de façon spécifique. Il s'agit de leur accorder une attention soutenue, certes, mais également de les utiliser pour chercher à saisir et qualifier les formes de rationalité qui y sont inscrites. L'hypothèse de la tension entre prudence et rationalisation que nous avons formulée doit pouvoir se retrouver en étudiant les pratiques et les techniques qui participent à la production de l'organisation. Après avoir accordé un développement important à la constitution de deux types de pratiques en objets de recherche, il s'agit maintenant de les instancier dans des observables concrets.

Pour pouvoir effectuer cette instanciation, nous exposerons dans un premier temps de quelle façon nous avons équipé notre approche d'une dynamique générale, tendue vers la compréhension de notre terrain et de nos objets. Nous présenterons ensuite le contexte et le déroulement de l'enquête longitudinale que nous avons menée durant ce travail doctoral. Nous exposerons enfin comment la réunion de concertation pluridisciplinaire permet d'agréger les différents matériaux empiriques auxquels nous avons fait appel tout au long de notre recherche.

5.1.1 UNE APPROCHE COMPRÉHENSIVE

Dans le champ de la communication organisationnelle, on relève des influences fortes des traditions de recherche compréhensive, de part et d'autre de l'Atlantique (Bonneville et Grosjean, 2010). Les méthodologies empruntées et développées dans ces ensembles de travaux sont souvent proches de l'ethnométhodologie (Garfinkel, 2007), des approches pragmatiques [REF] ou des conceptions socio-constructivistes de l'organisation de façon générale. De Palo Alto à la théorie de l'acteur-réseau, l'ensemble de travaux et de recherches dans lequel nous nous situons nous incite à adopter une posture méthodologique qualitative, visant à éclairer les modalités de construction du social, d'émergence et d'évolution des ensembles organisés (Bouillon, 2013, p. 154). Le terme d'« approche compréhensive » est donc à entendre dans ce premier sens, en nous positionnant dans une filiation théorique et méthodologique correspondant tant aux sciences de l'information et de la communication qu'au sous-ensemble de travaux inscrits dans le champ de la communication organisationnelle. Comme le relève J.-L. Bouillon, « *une approche communicationnelle est avant tout compréhensive* » (*Ibid.*, p. 73).

Outre ces éléments de positionnement scientifique, il est nécessaire de prolonger ce point dans le cas précis de notre recherche. Qualifier les formes de rationalité qui sont mises en œuvre dans les pratiques délibératives et interprétatives des médecins hospitaliers, et questionner leurs conditions de production, suppose bien évidemment de comprendre la teneur des échanges entre les acteurs et de comprendre et d'identifier les processus qui traversent et structurent les différents espaces organisationnels. La démarche « compréhensive » est donc également à entendre dans son sens profane. Il s'agit ici, plus particulièrement, de comprendre l'activité de travail pour pouvoir comprendre dans quelles actions les acteurs sont pris.

La nécessité d'une telle approche, en son sens profane, a été particulièrement visible lors d'une séance de travail sur notre matériau empirique. Dans notre parcours doctoral, nous avons eu la chance de participer au programme de mobilité internationale pour les doctorants de l'université Toulouse III - Paul Sabatier, suite à l'invitation de la Pr. Consuelo Vasquez de l'université du Québec à Montréal. Au cours de notre séjour, en septembre 2013, nous avons été invitée à des séances d'analyse du Pr. François Cooren, à l'Université de Montréal, où un participant présente son terrain et un extrait de son matériau pour le soumettre à une analyse collective. Lors de la première présentation d'une discussion de cas de RCP aux autres chercheurs présents, nous avons pris la mesure de la complexité de ce type de matériau, en le confrontant à des chercheurs expérimentés dont les observations empiriques étaient très éloignées des nôtres. Comme le laisse entrevoir le paragraphe mis en exergue de ce chapitre, les échanges des médecins lors de la réunion sont inintelligibles au premier abord pour les non-initiés. Il a donc été nécessaire lors d'une séance de travail ultérieure de proposer

un glossaire des termes indispensables à la compréhension générale du cas, et de faire un schéma au tableau pour rendre visible aux yeux des chercheurs présents ce qui préoccupait les médecins lors de la délibération.

Il s'agit ici de prendre du recul par rapport à nos propres pratiques de recherche. Il est à la fois question de notre propre réflexivité, et du rapport à l'objet de recherche, tel qu'il s'est dessiné tout au long de ce travail. Lors de nos premières observations, dès la fin de l'année 2011, l'inintelligibilité des échanges entre les médecins nous posait problème, de la même manière que ce que nous venons d'évoquer chez les chercheurs canadiens. Notre compréhension du terrain a été progressive, difficile à percevoir, mais nous a conduite à partager un espace d'intelligibilité avec les médecins. Il ne s'agit pas bien entendu de comprendre totalement les discussions de cas, des études médicales approfondies seraient nécessaires pour en arriver à ce niveau de connaissances. Mais le déchiffrement des discussions de cas, du jargon médical, a peu à peu permis de dépasser un problème récurrent de positionnement sur le terrain, puis de saisir les pratiques délibératives et interprétatives.

Dès les premières observations de terrain, nous avons tenté de lever cette difficulté en échangeant avec les chercheurs de notre entourage. Les chercheurs du CERTOP, de façon générale, et plus spécifiquement les séminaires « Thèses-HDR » organisés au sein de notre équipe¹ ainsi que les entretiens avec nos deux encadrantes, A. Mayère et S. Bourdin, nous ont permis de préciser puis dépasser ce point bloquant. Une première difficulté fut levée en énonçant le problème : la légitimité pour un chercheur en SHS – jeune au demeurant – à approcher un terrain d'une telle complexité sans avoir de formation appropriée. Ne pas dénier l'expertise des acteurs de terrain en escamotant la finesse des échanges pour les envisager selon des considérations extérieures à leurs pratiques; ne pas passer complètement à côté du terrain par incapacité à pénétrer un langage particulièrement hermétique, ... les risques et les enjeux de l'accès à la compréhension du terrain sont à la fois multiples et d'importance majeure. Une fois identifiés, nous avons pu prendre la mesure du défi que constituait la compréhension de terrain. La stratégie que nous avons mise en place, et dont nous exposerons la teneur tout au long de ce chapitre, correspond à l'entreprise d'une compréhension du terrain la plus fine et la plus proche possible des pratiques des acteurs. Après avoir exposé longuement, dans la seconde partie de la thèse, la construction des objets constituant une première étape essentielle à l'identification et la problématisation des deux formes de pratiques qui nous préoccupent ici; la démarche compréhensive que nous avons adoptée est ici donnée à voir dans sa dimension méthodologique.

1. Ce séminaire interne à notre équipe regroupait des doctorants et des enseignants chercheurs préparant une HDR. Sur une demi-journée, un candidat présentait l'avancement de son travail, ce qui donnait lieu à des discussions sur les travaux en cours, les lectures de chacun, ainsi que des problématiques méthodologiques, d'accès au terrain, entre autres.

5.1.2 UNE ENQUÊTE ETHNOGRAPHIQUE LONGITUDINALE

La mise en place de notre approche compréhensive du terrain suppose de concevoir une stratégie d'enquête permettant d'accéder aux pratiques délibératives et interprétatives de nos acteurs, ainsi qu'aux différentes logiques qui s'y donnent à voir. La conception de notre stratégie et sa mise en œuvre ont été élaborées progressivement. En effet, comme dans la plupart des travaux s'inscrivant dans la durée, l'objet de notre recherche s'est précisé au fur et à mesure de notre avancée. Les éléments avec lesquels nous nous sommes emparée de la dimension empirique de ce travail sont ceux que nous avons présentés dans le premier chapitre, c'est-à-dire ceux présents dans le projet TechnoRam. Nous savions donc auprès de quel établissement de santé nous devions nous manifester, mais n'avions pas défini de thématique spécifique ni d'observable en particulier. Les éléments nécessaires au respect des contraintes du projet de recherche étaient relativement restreints : s'intéresser à des pratiques de médecins hospitaliers, où il était possible d'observer des activités communicationnelles, informationnelles, équipées de technologies participant de dynamiques globales de rationalisation.

L'enquête que nous devions mettre en œuvre était nécessairement qualitative au vu de l'ensemble problématique dans lequel se situe notre travail. Elle s'est précisée à l'aide d'un outil principal, qui est celui de l'observation ethnographique, dont nous souhaitons développer la teneur pour en expliciter la stratégie. L'observation directe des acteurs est incontournable si l'on souhaite s'intéresser aux pratiques professionnelles d'un collectif particulier. Elle l'est d'autant plus lorsque l'on cherche à comprendre les logiques qui sont convoquées dans ces pratiques, demandant donc au chercheur de saisir les notions mobilisées dans les propos des enquêtés. L'observation ethnographique, en tant que méthode d'enquête de terrain, n'est pas la seule activité de production de matériau que nous avons mise en place, mais elle a joué un rôle très important dans la constitution de l'ensemble empirique. Ce sont les séances d'observation qui ont rythmé notre processus d'acculturation au monde médical et hospitalier.

Le phasage de notre enquête de terrain peut être exposé en le découpant en trois grandes étapes :

1. une phase exploratoire, où le choix du terrain n'était pas encore définitif;
2. une phase d'observations récurrentes et officialisées, sur une longue période;
3. une phase de retour sur le terrain pour des entretiens complémentaires pendant la rédaction de la thèse.

Nous qualifions l'enquête de longitudinale en raison de la récurrence de nos observations sur une période de plusieurs mois. Afin de rendre compte du déroulement du travail d'enquête

Phase 1 : Janvier 2012	<ul style="list-style-type: none"> – Prise de contact avec le centre hospitalier, et rencontre entre le médecin responsable du DIM² avec I. Bazet, Maître de Conférences en SIC et membre de notre équipe, en vue de présenter nos travaux et initier une collaboration. – En parallèle, nous avons activé notre propre réseau personnel pour trouver un terrain spécifique pour notre étude, répondant aux critères de départ de TechnoRam. Nous avons donc été conviée par notre contact sur le terrain à assister à deux premières réunions de concertation à titre exploratoire, pour évaluer la pertinence de cet observable pour notre étude.
Phase 2 : Septembre 2012 à avril 2013	<ul style="list-style-type: none"> – Les investigations menées suite à nos premiers pas sur le terrain nous ayant permis de confirmer l'intérêt de l'observable, nous avons obtenu une autorisation nous permettant de lancer les observations de façon officielle et sur une longue période. – En avril 2013, nous disposons de 15 séances d'observation de la RCP et mettons un terme au recueil de matériau afin de pouvoir nous concentrer sur son traitement et à l'écriture.
Phase 3 : Janvier 2015	<ul style="list-style-type: none"> – Au cours de la fin de la rédaction, nous avons obtenu un accord de cinq des participants à la réunion observée pour des entretiens, sur les six personnes sollicitées. – Nous avons mené les cinq entretiens compréhensifs auprès de trois cliniciens en hépato-gastro-entérologie (HGE), un chirurgien et une radiologue, tous parmi les participants.

FIGURE 5.1 – Phases de l'enquête empirique

et de l'articulation des observations de terrain avec d'autres dimensions de notre travail de chercheur, nous exposons dans le tableau 5.1 la chronologie en question.

Les éléments présentés dans le tableau ci-dessus ne sont pas les seules observations ethnographiques que nous ayons effectuées, mais ce sont les phases qui ont structuré notre travail de terrain, qui ont rythmé notre compréhension du terrain, et qui ont enfin permis d'y agréger des matériaux complémentaires. Comme nous l'exposerons de façon plus précise dans la section suivante, les terrains hospitaliers sont difficiles d'accès, qu'il s'agisse simplement d'y entrer ou qu'il s'agisse de comprendre les pratiques des acteurs. Nous avons donc dû enrichir notre matériau à l'aide d'incursions dans d'autres terrains.

5.1.3 UN TERRAIN PRINCIPAL AGRÉGEANT DES MATÉRIAUX HÉTÉROGÈNES

Concevoir un ensemble empirique cohérent dans le cadre d'une approche compréhensive d'un terrain particulièrement complexe suppose de disposer d'une ossature solide afin d'agencer les différents composants. Dans notre cas, comme nous l'évoquions précédemment, c'est l'ethnographie de la RCP qui a joué ce rôle d'agrégation des terrains, puisque c'est à partir de celle-ci que nous avons entrepris d'autres investigations empiriques qui ont mené à la production de nouveaux matériaux.

Une de nos premières tentatives d'analyse du terrain avait consisté dans la production d'un schéma visant à transcrire les différentes phases de la discussion des cas [REF]. À partir de cette première formalisation et de lectures parallèles, nous avons pu identifier la phase de narration du cas par le clinicien en charge du patient, par laquelle débute invariablement chaque discussion de cas, ainsi que différentes formes de pratiques lors des échanges s'ensuivant. Ce travail d'identification et de catégorisation intuitive des différentes formes de pratiques a pu ensuite donner lieu à un approfondissement, qui se traduit par la mobilisation de matériaux extérieurs à l'ethnographie de la RCP à proprement parler.

Pour illustrer, expliciter, et rendre compte de l'agrégation de ces différents matériaux avec les formes de pratiques que nous avons identifiées et auxquelles nous nous sommes intéressée dans le cadre de la RCP, nous avons réalisé un autre schéma (Figure 5.2), qui nécessite toutefois quelques commentaires.

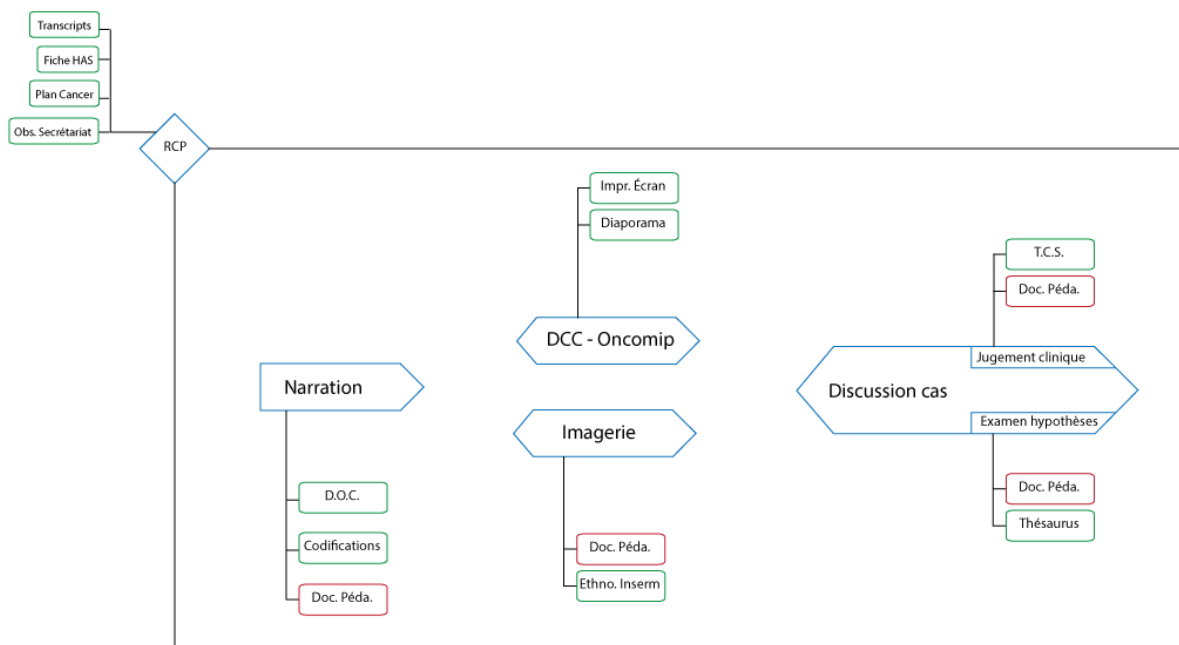


FIGURE 5.2 – Matériaux empiriques

Le cadre de notre schéma délimite la zone d'investigation, qui est celle de la RCP. Mais la RCP constituant également un cadre institutionnel à elle seule, nous avons adjoint à l'observation ethnographique une analyse des documents normatifs supposés en régler le fonctionnement et les objectifs (sur le schéma : 'Fiche HAS', 'Plan Cancer'). Figurent également dans les observables liés à la RCP en elle-même les transcriptions des réunions (prise de notes et transcription intégrale de certaines discussions de cas); ainsi que des notes d'observation de la préparation de la RCP par la secrétaire déléguée à cette tâche.

Afin de mieux comprendre la narration de cas – à partir des transcriptions précédemment évoquées – nous avons fait appel à de nouveaux types de matériau. Nous avons investi différents types de codifications couramment employés dans les narrations de cas (TNM, Score OMS, principalement, que nous détaillerons ultérieurement). Nous avons également eu recours à un autre type de documents, que nous avons rassemblés sous l'étiquette de 'documentation pédagogique'. Il s'agit ici de cours et de manuels de diverses disciplines médicales, principalement. Nous les avons fait figurer sur le schéma en utilisant une couleur différente afin de signifier le statut spécifique de ce matériau. En effet, il ne s'agit pas à proprement parler d'analyser les documents pédagogiques. La lecture de ces documents a cependant été nécessaire à la compréhension des termes médicaux, des mécanismes pathologiques discutés, etc. Il ne s'agit donc ni de références bibliographiques dans nos disciplines, ni de matériau empirique que nous soumettons à l'analyse, mais de documents intermédiaires qui nous ont permis d'accéder à une meilleure compréhension des pratiques de nos acteurs.

Le Dossier de Cancérologie Communicant – 'DCC' sur le schéma – fait partie de l'ensemble technologique participant de l'équipement des rationalisations organisationnelles que notre thèse cherche à éclairer. Nous y avons eu accès selon différentes modalités, toutes incluses dans son volet régional, au sein du dispositif Oncomip. Nous avons tout d'abord demandé auprès des coordinateurs régionaux à assister à une réunion de formation destinée aux secrétariats, organisée à l'occasion du déploiement d'une mise à jour du logiciel³. À l'issue de cette journée, nous avons repris contact avec les organisateurs, de façon à obtenir le diaporama qui avait servi de support à la formation; ainsi qu'un accès à une version du logiciel servant de test, c'est-à-dire alimentée avec des données ne correspondant pas à de véritables cas de patients. Nous avons extrait de ce matériau des captures d'écran qui seront versées à nos observables.

Comme cela transparaît dans la constitution de nos objets de recherche, et comme nous l'avons déjà évoqué, les pratiques d'interprétation de l'imagerie nous ont beaucoup préoccupée pendant notre recherche. Les particularités de notre terrain qui seront précisées

3. Nous avons bénéficié des contacts entretenus entre Oncomip et notre laboratoire, qui ont facilité l'accès à cette journée de formation

ultérieurement ont fait qu'il n'a pas été possible de produire un matériau audiovisuel à partir de notre ethnographie des RCP. Ces pratiques constituant pourtant une partie importante de notre questionnement, nous avons toutefois tenté de les approcher en nous rendant sur un autre terrain plus facile d'accès. En mobilisant notre réseau personnel nous avons pu effectuer une demi-journée d'observation dans une unité mixte de recherche Inserm de notre université où nous avons pu filmer des pratiques de production et d'interprétation d'imagerie cérébrale fonctionnelle. S'agissant de recherche médicale et non plus de pratique de la médecine, mais également d'un laboratoire de notre université où nous avions des contacts qui connaissaient notre travail, l'accès à ce type de matériau en a été facilité. On notera qu'il figure également sur le schéma une mention relative à de la documentation pédagogique, qui a également été nécessaire à notre compréhension des pratiques des radiologues, ne serait-ce que pour saisir les différentes modalités d'imagerie disponibles, et la différence entre l'imagerie utilisée par les chercheurs de l'Inserm et celle mobilisée dans le cadre de la RCP.

Le dernier bloc présent sur le schéma, intitulé 'Discussion des cas', est subdivisé en deux parties. Celle du haut fait référence au 'jugement clinique'. Lors de notre approche du terrain, la sujet de la pratique clinique nous a posé de nombreuses questions, et nous a amenée à réfléchir à la suite de M. Foucault, principalement à partir de textes réflexifs et éthiques de médecins (Couturier, 2009). Cette pratique nous étant inaccessible sur le terrain, puisque relevant du secret médical, il était complexe de disposer d'un éclairage supplémentaire à ce qui en était rapporté durant la RCP elle-même. De façon fortuite, nous avons eu accès à un logiciel conçu pour former et évaluer le jugement clinique de médecins en formation initiale ou continue, développé en partie dans notre université⁴. Après nous être documentée sur cette application 'TCS' (Tests de concordance de scripts), nous avons obtenu un rendez-vous pour un entretien exploratoire avec le médecin responsable de l'application sur l'université, qui nous a par la suite donné accès à une plateforme de test de l'application, dont nous avons tiré des captures d'écran.

La seconde partie du bloc dédié aux pratiques de discussion des cas est intitulée 'Examen des hypothèses'. Pendant notre enquête ethnographique, nous avons été interpellée par la question de la 'décision', comme en témoigne le troisième chapitre. C'est en investigant simultanément la littérature du domaine, le terrain de la cancérologie, dans une démarche itérative avec nos observations, que nous avons identifié le 'thésaurus' comme observable pertinent. La confirmation de la pertinence de cet objet concret nous a été fournie par un des médecins de notre terrain, qui, lors d'une réunion, nous a confié « de toutes façons, tout ce qu'on fait, c'est dans le thésaurus », alors qu'il sous-entendait son incompréhension de notre intérêt pour cette RCP. Le thésaurus en question, est une compilation des

4. Dans le cadre d'activités institutionnelles annexes à notre travail de thèse, lors d'un recensement des sites web hébergés par notre université, nous avons pris connaissance de ce dispositif.

recommandations de bonnes pratiques (RBP) spécifiques à la cancérologie digestive, dont la légitimité repose sur sa co-habilitation par la société savante nationale de la discipline (SNFGE), la HAS et l'INCa.

Dans ces deux derniers cas, encore une fois, des documents à visée pédagogique auront été nécessaires pour que nous puissions nous saisir d'un langage hermétique et de savoirs complexes, alors que nous assistions à leur exercice dans le cadre de pratiques professionnelles très classiques pour les acteurs, c'est-à-dire ne requérant pas d'explicitation particulière lors des échanges.

Le parcours des différents observables que nous avons été amenée à mobiliser dans la partie empirique de notre thèse a permis de retracer *a posteriori* notre démarche d'approche du terrain, et le processus d'élaboration d'un ensemble empirique cohérent. À partir de notre posture d'ethnographe dans le cadre de la RCP, nous avons choisi d'approfondir l'enquête en direction des objets de notre recherche, d'une part, et de façon congruente avec notre cadre théorique, d'autre part. Ainsi, l'ensemble constitué par nos observables permet d'approfondir l'étude des processus délibératifs et interprétatifs dans les discussions de cas de cancer et de questionner les associations socio-techniques qui équipent les dynamiques de rationalisation organisationnelles.

5.2 ENTRER À L'HÔPITAL

L'accès à une situation d'observation ethnographique constitue un enjeu important du travail de recherche. Il s'agit d'un processus singulier, propre à la problématique du chercheur, qui oriente fortement le travail scientifique qui l'accompagne. Dans notre cas, l'établissement hospitalier qui avait été prévu dans le contrat de recherche de notre thèse, n'était pas demandeur d'une intervention de chercheurs en sciences de l'information et de la communication. Réussir à ouvrir ce terrain d'observation était donc un enjeu important, puisqu'il s'agissait en quelque sorte d'une « figure imposée » par le contrat de recherche.

Outre la dimension impérieuse de l'ouverture de ce terrain, des problèmes relatifs à la nature de l'établissement ont également été soulevées. Un établissement hospitalier présente des singularités qui impactent directement sur les conditions d'accès à l'observation ethnographique. Ces différentes questions seront discutées dans la première sous-section.

À partir de ces précisions, le chemin que nous avons emprunté pour accéder à la RCP et à certains observables spécifiques à ce centre hospitalier doit être présenté. Il s'agit donc de rendre compte du processus nécessairement singulier que nous avons mis en œuvre pour faire notre place dans le terrain. Nous procéderons dans la seconde sous-section à la description de la première phase de notre enquête empirique.

Une fois le terrain ouvert et accessible, la seconde phase de notre enquête empirique a consisté en une ethnographie longitudinale d'une des RCP de l'hôpital. Il s'agit donc de décrire la stratégie qui a été la nôtre dans le cadre de cette pratique particulière d'enquête qualitative. Dans cette troisième sous-section, nous exposerons les spécificités de cette RCP, ainsi que celles de notre positionnement.

La dernière sous-section reviendra sur notre positionnement général dans l'élaboration de notre matériau empirique. Il s'agira de donner des précisions sur les particularités du processus qui nous a amenée à choisir cette RCP comme observable principal à partir de nos premières observations exploratoires, de discussions informelles avec les acteurs du terrain, ainsi que nos investigations parallèles.

5.2.1 SPÉCIFICITÉS D'UN TERRAIN HOSPITALIER MÉDICAL

Un établissement hospitalier constitue un terrain particulièrement délicat, en soi, et dont la sensibilité à l'accès croît lorsque l'on se rapproche des patients. La notion de « secret médical » est encadrée par différents textes réglementaires en France⁵, dont nous n'examinerons pas en détail le contenu ici. Cependant, sa mise en œuvre est particulièrement perceptible lors de l'approche d'un terrain hospitalier. En effet, donner accès à des informations nominatives concernant l'état de santé de patients peut poser des problèmes très importants à la structure d'accueil. Dans notre cas, ces difficultés se sont fait sentir dans trois environnements distincts : lors des premiers entretiens avec les représentants de l'administration de l'hôpital, lors de différents types de séances d'observation ethnographique, et avec le personnel technique de notre unité de recherche.

Lors de la première phase de notre étude empirique, nous avons approché l'établissement hospitalier en rencontrant une première fois le responsable du département de l'information médicale (DIM) avec I. Bazet en janvier 2012. Notre interlocuteur nous a informées de sa nouvelle prise de fonctions, ainsi que de celle du directeur de l'établissement. Nous avons toutes deux compris lors de ce premier entretien que cette situation rendait délicate un engagement avec des interlocuteurs universitaires, inhabituelle pour ce centre hospitalier de ville moyenne, assez éloigné du centre hospitalo-universitaire de la métropole régionale. C'est dans les échanges en vue d'officialiser notre présence sur le terrain, à la fin de l'été 2012, que les questions relatives à la confidentialité des données ont été abordées. Suite à un accord de principe du directeur de l'établissement sur le projet, nous avons convenu d'un rendez-vous où nous avons exposé le sujet de notre thèse, et le type d'observables ethnographiques auxquels nous souhaitions accéder à notre interlocuteur principal auprès de l'administration de l'hôpital, à savoir le responsable du DIM ; ainsi que du président de la commission médicale d'établissement (CME). Dans le cadre de cette rencontre, nous avons fait état de notre engagement à respecter le secret relatif aux données de santé des patients, ce en expliquant que le cœur de notre étude était dirigé vers les pratiques des médecins et non pas sur les patients. Dans les échanges qui ont suivi, nous avons fait part de notre choix d'assister à la RCP d'Hépatogastro-Entérologie (HGE), et mis par écrit notre projet de recherche, son contexte, ainsi qu'une rapide description des activités scientifiques de notre équipe. Suite à ces échanges, nous avons pu signer un engagement de confidentialité à la fin du mois de septembre 2012 (Annexe 5 p. 370). Ces engagements sont les suivants :

- S'astreindre à préserver le secret des situations individuelles entendues, vues ou comprises ;
- Ne relater ces situations que sous une forme générale ne permettant pas d'identifier

5. Le code pénal, le code de la santé publique et son code de déontologie médicale, le code de la sécurité sociale.

- les patients concernés directement ou indirectement ;
- Ne prendre aucune copie d'éléments de dossier médical ou de fichiers informatiques ;
- Ne pas utiliser ou reproduire tout document institutionnel ou procédural sans y être autorisée.

Afin de respecter ces engagements, et de ne pas prendre le risque de les enfreindre de façon involontaire, nous avons ajouté une mesure de sécurité dans le cadre de la rédaction du présent mémoire. Outre l'anonymisation des acteurs que nous avons observés et avec qui nous nous sommes entretenue, nous avons décidé de ne pas révéler le nom de l'hôpital dans lequel nous avons effectué notre étude empirique. De la même manière, dans le cadre de nos transcriptions et de nos prises de notes, nous n'avons jamais inscrit nulle part les noms de patients que nous entendions. Enfin, aucune transcription intégrale de cas ne figure dans le corps du mémoire de thèse⁶.

À partir de la signature de ce document, notre présence sur le terrain a pu être pérennisée et officielle. Il a été nécessaire de faire état de cet engagement à de nombreuses reprises, en entrant dans la salle de réunion, lorsque de nouveaux participants nous interrogeaient sur notre présence en ces lieux. La mention de la signature de l'engagement pris auprès du directeur de l'établissement a toujours apaisé l'inquiétude des médecins ou personnels soignants que nous avons pu croiser. Soulignons que la préoccupation de la rupture de confidentialité nous a paru manifester une frontière nette entre notre position d'ethnographe et celle des acteurs du terrain. L'absence de formalisation de nos pratiques déontologiques nous a paru marquer une différence importante entre la communauté des médecins et des soignants en général et celle du chercheur isolé sur le terrain.

Nous avons également été confrontée à la gestion de la confidentialité dans notre unité de recherche. En effet, le technicien informatique du CERTOP a demandé aux chercheurs qui travaillaient sur des données réputées « sensibles » de se rapprocher de lui pour évaluer les mesures qui devaient être prises afin de sécuriser ces informations. Nous avons organisé un rendez-vous au cours duquel il nous a été fait des recommandations d'usage (ne pas utiliser de systèmes de stockage grand public de type 'Cloud', en particulier), puis nous avons convenu de procéder au chiffrement de la totalité du disque de travail de notre machine, ainsi que de celui de tous nos disques externes de sauvegarde. Nous avons donc suivi la procédure préconisée par le CNRS en procédant à un chiffrement à l'aide du logiciel FileVault2. Il s'agit d'une procédure cryptographique très robuste, permettant de protéger la confidentialité de nos données en cas de perte ou de vol de notre matériel de travail.

6. Certains cas retranscrits intégralement figurent uniquement dans un fascicule séparé remis aux rapporteurs et examinateurs sous format numérique protégé par mot de passe.

5.2.2 PREMIERS CONTACTS

Au sein du CERTOP, notre unité de recherche, un groupe de chercheurs en sciences de l'information et de la communication auquel nous appartenons a investi depuis 2004 un terrain hospitalier spécialisé en cancérologie, à Toulouse⁷. Au fil des années, la collaboration s'étant stabilisée, les conditions d'accès au terrain se sont simplifiées : connaissance des interlocuteurs pertinents, échanges portant sur les préoccupations respectives des acteurs et des chercheurs ... Cette configuration enviable, que nous avons expérimentée précédemment grâce à l'engagement long de chercheurs de l'équipe du CERTOP, est très éloignée de ce que nous avons pu élaborer avec l'hôpital dans lequel nous avons effectué nos observations.

Outre les éléments que nous venons d'exposer relatifs à nos premiers contacts avec les interlocuteurs de l'administration de l'hôpital, il s'agit maintenant de présenter la façon dont nous avons approché les médecins de l'établissement. Lors de la première phase de l'enquête empirique en janvier 2012, nous avons pris l'initiative, en parallèle de nos premiers échanges avec le responsable du DIM, de faire appel à notre réseau personnel. Une de nos connaissances extra-professionnelles occupe un poste de médecin dans l'établissement, et en faisant appel à lui, nous avons pu effectuer deux premières observations exploratoires dans une réunion de concertation pluridisciplinaire. Après avoir obtenu l'accord de principe des autres médecins participants, notre contact nous a informée de la possibilité de venir, en nous précisant l'horaire de la réunion. Nous avons observé deux de ces réunions, dans le courant du mois de janvier 2012, équipée uniquement d'un carnet. Nous avons donc pu prendre des notes, recueillir certains faits intrigants pour le chercheur, et prendre un premier contact avec l'équipe de médecins.

Ces deux premières séances d'observation nous ont permis, dans le même temps, de prendre la mesure de ce terrain qui nous était inconnu, et de nous présenter auprès des médecins. Concernant la posture que nous avons adoptée dans la présentation de notre travail, nous sommes restée très vague, précisant uniquement notre discipline universitaire et le souhait d'observer des interactions professionnelles de médecins hospitaliers. Il est intéressant de noter que le terme de « communication » ait été immédiatement intégré dans les échanges qui avaient pour objet ma présence. La plupart des épisodes où nous avons été prise à partie étaient directement liés à leur acception du terme « communication », donnant lieu à des plaisanteries sur des situations d'incompréhension triviales, de remarques humoristiques pour pointer des dysfonctionnements organisationnels généralement extérieurs à l'équipe de médecins présents, ou d'injonctions explicites de noter des phrases ou des

7. Nous avons également eu l'opportunité d'effectuer des observations dans cet établissement dans le cadre de travaux de Master.

situations, toujours sur le ton de l'humour⁸. Ces pratiques de prise à partie de l'ethnographe ont progressivement disparu au fur et à mesure de notre enquête. Néanmoins, des remarques systématiques lors de l'arrivée dans la salle ont perduré.

Un des médecins cliniciens, en particulier, nous a longtemps qualifiée d'« espionne ». La persistance de ce terme pour nous signifier sur le ton de la plaisanterie que notre présence était remarquée nous a posé problème pendant toute la seconde phase de notre étude empirique. Nous avons perçu, pendant ces courts échanges à l'arrivée dans la salle, la crainte d'un jugement normatif que nous aurions pu porter sur l'activité des médecins. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les pratiques auxquelles nous avons assisté sont triviales pour les acteurs. La complexité que ces pratiques ont revêtu de notre point de vue de non-initié n'était pas compréhensible par les acteurs⁹. En cela, cette crainte d'un jugement de la part de l'observateur perçue nous est apparue compréhensible bien que gênante. Le positionnement que nous avons adopté tout au long de l'enquête ethnographique longitudinale s'est construit en partie dans une tentative de limiter les interférences dues à cette posture problématique.

Outre ces éléments relatifs à la posture du chercheur dans sa relation avec la population et l'environnement du terrain, nos premières observations ont également permis de mettre au jour certains éléments qui ont retenu notre attention et ont alimenté notre réflexion préliminaire. Nous soulignons l'importance que nous avons accordée à la place de l'interprétation radiologique dans les discussions de cas. Dans notre prise de note, nous avons souligné l'engagement corporel et gestuel dans les discussions dont le support était radiologique. De nombreux gestes comme pointer du doigt, appuyer son propos de mouvements des mains, ont retenu toute notre attention. Dès ces premières observations, nous aurions souhaité pouvoir procéder à une captation audio-visuelle de ces processus interprétatifs, mais la gêne relative à notre positionnement que nous avons décrite dans le paragraphe précédent ne nous a pas permis d'envisager cette option empirique.

8. « Le bon sens du clinicien reprend le dessus sur l'imagerie » ; « S'ils savaient comment on discute de leurs dossiers, les patients, faut noter là ... »

9. Lors de discussions informelles dans les couloirs de l'hôpital avec différents médecins, lorsque nous faisons état de nos difficultés à comprendre ce dont il était question dans les discussions, nos interlocuteurs nous ont répondu que tout ce qu'ils faisaient était très simple.

5.2.3 LA RCP D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

La RCP dans laquelle nous avons effectué ces premières observations et qui est devenue par la suite notre observable principal présente certaines particularités que nous souhaitons mentionner. Sur notre terrain d'observation, la RCP est instanciée de façon à satisfaire largement le cadre réglementaire.

En effet, alors que la fiche RCP stipule que la périodicité de la réunion doit être au moins de deux fois par mois, la réunion de la RCP à laquelle nous avons assisté était hebdomadaire. Elle est par ailleurs organisée dans notre hôpital en fonction de la spécialité médicale. Elle réunit là encore très largement le quorum minimal prévu par son cadre réglementaire : alors qu'il est nécessaire de réunir au moins trois médecins de spécialités différents adaptés au type de la RCP comme stipulé dans la fiche HAS, il n'est pas rare dans le cadre de nos observations d'avoir recensé jusqu'à cinq spécialités différentes. La composition la plus courante que nous ayons observée est la suivante : médecins de la spécialité (hépato-gastro-entérologie), chirurgiens digestifs et radiologue. Peuvent s'y adjoindre régulièrement oncologue et anatomo-pathologiste, et plus rarement un médecin de ville venu présenter un cas.

La réunion ne commence à proprement parler que lorsque le quorum minimal requis est réuni, condition qui a souvent été verbalisée. Les discussions de cas de patients ne commencent donc jamais à l'heure de début fixée de la réunion. En effet, les médecins en général, et les chirurgiens en particulier, ne peuvent prévoir exactement le temps que leur prendront leurs activités précédant le rendez-vous hebdomadaire. Les discussions prévues pour la RCP commencent donc fréquemment avec plus de quinze minutes de retard sur l'horaire prévu. Ce temps particulier, où les participants arrivent les uns après les autres, est mis à profit par les médecins pour échanger sur des sujets variés et transversaux, comme par exemple l'installation de nouveaux équipements, les absences prochaines des uns et des autres et l'organisation à mettre en place.

La durée de la réunion est variable et dépend grandement du nombre de cas traités pendant la séance. Le nombre de cas traités, durant nos observations a varié de 8 à 17 cas pour une séance unique. La durée des réunions a varié de 1 à 2 heures (voir figure 5.14 pour les données chiffrées de nos observations de RCP). Le déroulement de la réunion, à partir de l'atteinte du quorum, est une suite de discussions de cas de patients, dont la planification a été faite précédemment. Lorsque la totalité des cas a été discuté et que la liste est épuisée, il peut arriver que les médecins cliniciens de la spécialité profitent de la présence de leurs confrères spécialistes, en particulier chirurgiens et radiologues, pour leur soumettre des cas ne relevant pas de la cancérologie.

Du point de vue de la position de l'ethnographe, l'entrée dans cette réunion n'est pas anodine. En effet, nous avons déjà fait état des remarques et salutations accompagnant notre arrivée dans la salle de réunion, mais celles-ci étaient généralement cantonnées à ce moment particulier et informel avant l'atteinte du quorum. Pendant le déroulement de la réunion, les échanges entre l'ethnographe et les participants ont été très rares. La configuration de la pièce, que nous détaillons [REF], son exigüité, ainsi que la teneur des échanges tenus en ces lieux, nous ont très vite invitée à nous faire oublier le plus possible.

En sus de notre souhait de ne pas altérer les échanges par le simple fait de notre présence, et du faible nombre de places disponibles dans la pièce, il est impossible d'occulter la charge symbolique qui accompagne la teneur des discussions des médecins. Pour la plupart des cas discutés, le pronostic vital des patients est engagé. La position d'observation que nous avons adoptée nous est apparue être la seule tenable afin de réunir les meilleures conditions possibles pour ne pas gêner le travail des professionnels, et faire en sorte que le biais lié à notre présence soit le plus minime possible.

5.2.4 DES PREMIÈRES OBSERVATIONS AU CHOIX DE L'OBSERVABLE PRINCIPAL

Entre la première et la seconde phase de notre enquête empirique¹⁰, nous avons mûri le choix de notre observable principal et investigué les observables associés potentiels. La phase d'observation ethnographique longitudinale a été entamée après un examen approfondi suite à deux séances exploratoires, où nous avons également tiré parti de notre présence dans les lieux pour initier des échanges de couloir au sortir de la réunion et obtenir des détails, des précisions sur la teneur des discussions, les rôles des participants.

Nos premières observations nous ont permis de jauger la teneur du matériau que nous pouvions rassembler. Il était nécessaire pour nous, au vu des spécifications présentes dans le contrat de recherche, de disposer d'observables répondant à un certain nombre de contraintes. L'espace organisationnel que nous cherchions à investir s'intéressait certes aux pratiques professionnelles des médecins hospitaliers, que nous avons longuement développées dans la seconde partie de la thèse; mais il nous était également nécessaire d'identifier des technologies équipant des dynamiques de rationalisation afin de pouvoir composer un ensemble empirique correspondant aux enjeux du contrat.

La période intermédiaire entre les deux premières phases de l'étude empirique nous a permis de nous documenter sur les RCP de façon générale, et sur les technologies qui les équipent en particulier. En effet, lors de nos deux premières séances d'observation, la technologie la plus visible, celle qui attirait l'attention de tous, était le poste de visualisation d'imagerie. Il nous est apparu délicat de l'interroger directement comme équipement des dynamiques de rationalisation organisationnelle¹¹. Cependant, les pratiques supportées par cette technologie auront retenu une attention importante dans la construction de nos objets, comme en témoigne le quatrième chapitre de la thèse.

Le choix de la RCP comme observable principal s'est imposé à la faveur d'un double mouvement dans nos itérations entre la constitution de notre cadre théorique et nos recherches sur l'équipement technologique de la RCP. Au fur et à mesure de l'affinement de notre positionnement théorique, tel qu'il est présenté dans le second chapitre de la thèse, nous avons progressivement avancé vers une acception étendue des technologies, qui ouvrait alors la porte à des objets se manifestant de façon variée, ne se restreignant pas uniquement aux dispositifs de visualisation d'imagerie. En effet, il s'agit alors de prêter attention à des formes spatialisées en vue d'être reproduites par leur temporalisation, d'une part; et répondant également aux critères de notre traceur empirique, c'est-à-dire relevant de l'*Evidence-Based*

10. Voir figure 5.1

11. Un système plus récent, "PACS" a été installé à la fin de notre ethnographie longitudinale. Un tel outil aurait pu éventuellement être problématisé de la sorte, mais il est apparu trop tard sur notre terrain, alors que nous avions déjà avancé dans d'autres directions. Voir Fridell *et al.* (2007), Lundberg (1999), Tellioglu et Wagner (2001).

Medicine d'autre part. Il s'agit également de problématiser ces objets dans leur capacité à « *bridge the micro-macro gap* » pour reprendre les mots de Cooren et Fairhurst (2009), c'est-à-dire dans leur propension à éclairer les relations entre des registres communicationnels différents, permettant de relier des espaces organisationnels distincts.

Pendant la période intermédiaire entre la première et la deuxième phase de l'enquête empirique nous avons pu identifier une technologie spécifique, qui a fortement participé du choix de notre observable. Il s'agit du dossier de cancérologie communicant (DCC), dans sa déclinaison régionale : Oncomip. Les caractéristiques de cette technologie nous ont semblé répondre aux conditions que nous avons fixées, bien que cet outil n'ait pas été particulièrement visible lors de nos séances exploratoires. Cependant, les bonnes relations existantes entre notre unité de recherche et les correspondants régionaux d'Oncomip ainsi que les caractéristiques de l'outil, et son cadrage national, nous ont convaincue de la pertinence de ce choix.

Dans cette perspective, nous avons pu arriver sur notre terrain au début de la seconde phase de notre enquête empirique avec un regard renouvelé sur notre observable principal. Il était acquis que différentes technologies intellectuelles étaient à l'œuvre au sein des pratiques délibératives et interprétatives des médecins de la RCP. Il était impératif de maintenir une démarche itérative entre nos observations ethnographiques et nos recherches parallèles afin d'identifier et de saisir la façon dont est composé le milieu technique participant à la production des pratiques.

5.3 OBSERVER L'*EBM* PAR SON MILIEU TECHNIQUE

L'objectif de cette section est de décrire notre approche des objets empiriques en ce qui concerne les technologies que nous avons identifiées. Concrètement, nous souhaitons mettre en place une stratégie spécifique à notre problématique et à notre matériau empirique, où il s'agit de comprendre les logiques qui ont présidé à la stabilisation des formes techniques visant à rationaliser les pratiques.

Pour ce faire, nous avons procédé à une sélection de technologies intellectuelles qui au fur et à mesure de l'observation ethnographique sont devenues visibles aux yeux du chercheur, et correspondant aux critères que nous avons identifiés. Pour rappel, il s'est agi de porter notre attention sur des formes techniques ayant la particularité de traverser l'épaisseur de l'organisation, tout d'abord, c'est-à-dire de donner à voir différents espaces organisationnels. Mais il était également question d'identifier des éléments constituant des « *extériorités* » de la raison, pour reprendre les termes de Bognoux (2002).

Cette nouvelle section est construite de la façon suivante. Il convient tout d'abord de procéder à une explicitation de la stratégie d'exploitation du matériau, afin de contextualiser les éléments qui s'ensuivent. Trois formes techniques que nous avons identifiées sont ensuite examinées de façon plus précise. Nous présentons donc trois formes de technologies de l'intellect remplissant les critères que nous avons déterminés, dont l'imbrication est également précisée.

5.3.1 DÉMONTER LES BOÎTES NOIRES

Notre stratégie d'exploitation du matériau, en ce qui concerne son volet spécifiquement consacré aux technologies, s'inspire en partie des travaux d'auteurs associés au courant de la théorie de l'acteur-réseau, ainsi que celui qui lui a précédé, à savoir la sociologie de la traduction. Il ne s'agit pas ici de notre cadre théorique mais d'un emprunt méthodologique que nous souhaitons faire à cet ensemble de travaux, dont les notions sont tout à fait compatibles avec les approches communicationnelles des organisations¹². Bien que nous ne nous inscrivions pas dans ce cadre théorique dans son ensemble, notre emprunt méthodologique s'accompagne toutefois de la reconnaissance de l'hétérogénéité du social, et se manifeste en particulier par l'attribution d'une capacité d'action aux artefacts techniques dits « non-humains » (Latour, 2006a, Cooren, 2010). Sans rentrer dans leurs considérations ontologiques, nous nous saisissons de ces ensembles de travaux de façon à construire notre stratégie d'analyse du matériau empirique.

Alors que nous cherchons à étudier le milieu technique qui participe à produire l'exercice des rationalités à l'œuvre dans la RCP, il est effectivement pertinent d'aborder les technologies qui le composent avec une attention soutenue. Il convient pour cela de répondre à deux questions : Comment choisir les technologies que nous allons analyser ? De quelle manière est-il pertinent de les étudier ?

La réponse à la première question peut désormais paraître très triviale. Alors que nous avons décrit dans les deux premières sections de ce chapitre notre approche du terrain, il est en effet difficile d'imaginer une stratégie de choix qui ne soit pas fortement liée à notre enquête ethnographique. C'est effectivement le cas, puisque les technologies que nous avons identifiées l'ont principalement été à partir de nos observations ethnographiques de la RCP. En effet, s'il s'agit bien de comprendre la façon dont les technologies prennent part à l'action, il ne s'agit pas pour autant d'en dresser une liste pour en présumer quelque causalité linéaire, mais au contraire d'arriver à identifier – dans une approche *compréhensive* des acteurs – quelles formes techniques *font sens* tout en laissant une *marge d'interprétation* (Bougnoux, 1991). L'ethnographie est donc première, et elle nous a permis d'identifier des technologies actualisées dans des pratiques. L'investigation que nous avons menée par la suite a permis de confirmer leur correspondance avec le paradigme de l'*EBM*, dernière condition nécessaire à leur inclusion dans le présent travail.

Il convient maintenant d'apporter des éléments de réponse à la seconde question, relative au « comment » de l'analyse à venir, et à la façon dont nous l'avons élaboré. De nombreux

12. Comme le relève J.-L. Bouillon, cette approche socioconstructiviste est « *intrinsèquement communicationnelle* », bien qu'elle ne fasse jamais appel à la notion de communication (ce qui rend compte, pour l'auteur, d'un « *impensé communicationnel* ») (Bouillon, 2013, p. 78).

travaux actuels inscrits en communication organisationnelle s'intéressent aux médiations socio-techniques et proposent des méthodologies dignes du plus grand intérêt. Il est cependant nécessaire de mettre en place une stratégie d'exploitation du matériau qui corresponde à la nature de celui-ci et à la problématique que nous souhaitons éclairer. La spécificité de notre matériau et celle de notre cadre théorique impliquent la constitution d'un ensemble de technologies visant à rendre partiellement compte du milieu technique participant à la production des pratiques que nous cherchons à comprendre. Il n'est donc pas possible, par exemple, de procéder à une « biographie d'objet » (Marrast et Mayère, 2013) tant les technologies auxquelles nous avons affaire sont anciennes et complexes. Une thèse complète serait nécessaire à l'étude d'un seul objet.

Nous avons donc choisi d'effectuer une incursion dans les stratégies empiriques de l'école du CSI, en répondant à l'invitation de M. Akrich de « dé-crire » ou « dé-scripter » les objets (Akrich, 1987). Il s'agit alors, comme le suggère partiellement le titre de la section, d'« ouvrir les boîtes noires », pour identifier et analyser les *scripts* qu'elles contiennent. Un *script*, est défini par l'auteur comme une « *prédétermination des mises en scène que les utilisateurs sont appelés à imaginer à partir du dispositif technique et des pré-scriptions (notices, contrats, conseils...) qui l'accompagnent* » (Akrich, 1987, p. 51). Ramené à notre cadre théorique, nous dirions qu'il s'agit d'une forme spatialisée et grammatisée en vue de sa reproduction, de sa retemporalisation dans des pratiques. Mais quel type d'opérations sont-elles nécessaires pour comprendre ce qui est *permis* par ce milieu technique? Il est certes nécessaire d'ouvrir ce qui se constitue en boîte noire. Mais cela ne nous est pourtant pas apparu suffisant.

En effet, alors que l'on cherche à qualifier les formes de rationalité inscrites dans les formes techniques prenant part à l'action, identifier, nommer et décrire ne nous a pas semblé suffire à comprendre ce qui pouvait être incorporé dans ces objets concrets. C'est pour cela que nous avons intitulé la section de la sorte. Lorsque nous utilisons le terme « démonter », nous l'entendons au sens où il s'agit d'identifier les composants, leur fonctionnalité, et plus encore. Il est question dans notre enquête de tenter d'aller le plus loin possible dans la compréhension des logiques qui président aux choix de catégories de pensée qui auraient été inscrites, aux opérations qui les produisent et les relient, pour accéder – lorsque cela nous est accessible – aux visions du monde que ces choix incorporent.

5.3.2 L'APPLICATION ONCOMIP

La première forme technique que nous présentons ici est paradoxalement celle que nous avons le moins « vu agir » pendant nos observations ethnographiques. Presque invisible, mais pourtant présente, cette plateforme est la déclinaison locale du « dossier de cancérologie communicant » (DCC) et se nomme Oncomip. Sa gestion, sa mise à jour et sa promotion sont assurées par l'association éponyme, existant depuis 2004 et regroupant les acteurs de la cancérologie de la région (établissements de soins, associations de patients et centres de radiothérapie). Le rôle revendiqué par la structure est de « *veiller à la qualité de prise en charge des patients atteints d'un cancer quel que soit leur lieu de résidence ou de traitement en assurant une amélioration et une harmonisation des pratiques professionnelles* »¹³.

Une des missions de la structure sur laquelle nous nous sommes penchée dans le cadre de ce travail est l'application DCC Oncomip. Le site web d'Oncomip, sur la page de présentation de ses missions¹⁴ classe son application de DCC sous le libellé « Promotion d'outils de communication communs ». Cette mission est mise en correspondance avec la mesure 34 du Plan Cancer 2003-2007 qui y est citée, et déclinée de façon opérationnelle. Nous faisons figurer ci-après une capture d'écran de la partie de la page web qui y fait référence.

Promotion d'outils de communication communs

Le partage des informations médicales entre les professionnels de santé est indispensable pour améliorer la coordination des soins et la continuité de la prise en charge du patient.

Dans ce cadre, Oncomip a mis en place le **Dossier de Cancérologie Oncomip** qui est un dossier patient informatisé qui permet en accord avec le patient, le partage sécurisé des données relatives à sa prise en charge quel que soit son lieu de résidence et de traitement.

« Ce dossier [...] permettra la transmission des données relatives à la prise en charge du patient quel que soit le lieu où le patient poursuit son traitement. Ces données comportent a minima la feuille de route du patient, le type et stade de cancer et la succession des séjours hospitaliers, sous la forme de résumés de séjour ». Plan Cancer 2003 – 2007, mesure 34

De fait, le **Dossier de Cancérologie Oncomip** est un outil d'aide à la décision médicale en cancérologie par :

- L'informatisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
- L'accès aux référentiels régionaux de pratique clinique
- L'édition du Programme Personnalisé de Soins (PPS)

L'accès sécurisé est réservé aux médecins intervenant dans la prise en charge du patient et aux pharmaciens des établissements de santé pour les patients sous chimiothérapie.

⇒ Oncomip est chargé de la mise en œuvre et du déploiement du Dossier de Cancérologie Oncomip.

FIGURE 5.3 – Site web d'Oncomip : présentation de la mission relative au DCC

13. Source : <http://www.oncomip.org/fr/qui-sommes-nous.html> [Consulté le 24/02/15]

14. Leur nombre total est de cinq. Elles sont énoncées de la façon suivante : Promotion et amélioration de la qualité des soins en cancérologie; Promotion d'outils de communication communs; Information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches; Aide à la formation continue des professionnels de santé; Évaluation des pratiques en cancérologie. Source : <http://www.oncomip.org/fr/qui-sommes-nous/presentation/missions/> [Consulté le 24/02/15].

Il apparaît donc clairement que pour la structure en charge de la promotion du DCC, la plateforme est classée parmi les outils d'aide à la décision, mais également parmi les outils de communication. En dépit de la faiblesse des usages constatés lors de notre ethnographie de la RCP, il n'était donc pas envisageable de nous dispenser de l'étude de cet outil. Avec l'aide de responsables de la direction des systèmes d'information de la structure (DSI) ainsi que de la société en charge du développement technique de l'application¹⁵, nous avons pu obtenir deux formes principales de matériau en vue de l'analyse de l'outil. Des supports de formation prenant la forme de diaporama, d'une part, et un accès à la plateforme de test, d'autre part, que nous exploitons dans le corps de la thèse sous la forme de captures d'écran. Nous en présentons deux échantillons ci-après, à titre illustratif.

La figure 5.4 ci-après est une des pages du diaporama qui nous a été communiqué après la réunion de formation du 24 avril 2014 à laquelle nous avons pu assister. Nous avons extrait une page du diaporama présentant l'interface de saisie du logiciel Oncomip, et plus spécifiquement dans cet exemple, les champs permettant de saisir les examens accompagnant le diagnostic de cancer versés au dossier patient. Il s'agit en quelque sorte d'un mode d'emploi des différents espaces de saisie prévus par l'application.

Examens/Documentation du cancer

- **L'onglet examen permet d'enregistrer :**
 1. Le type d'examen et la date
 2. La conclusion, qui peut être collée dans la zone de commentaires
 3. Le compte-rendu de l'examen qui peut être enregistré dans la base à l'aide du lien « Ajouter une pièce jointe »
 4. les résultats du bilan biologique, qui, s'il a eu lieu, peuvent aussi être enregistrés

DETAIL DE L'EXAMEN

Examen*

Date*

Commentaires

Fichier jointe [Ajouter une pièce jointe](#)

BILAN BIOLOGIQUE

VS	Gli	Plaque
HB	Fon	CRP
Ren	EP	MC
EP	EP	BRCC
LDH	EBV	Cholest
Prot	Ca	Uréas
FLC	Ab	CRP
HIV	EBV	HCV
Autres		
Antigène prostatique spécifique (PSA)		ng/ml

FIGURE 5.4 – Formation Oncomip : extrait du diaporama

15. Il s'agit de la société « Mediware », implantée dans la région et spécialiste des applications informatiques dans le domaine de la santé.

La figure 5.5 ci-après est l'assemblage de deux captures d'écran permettant de montrer la structure d'une fiche patient dont l'examen est programmé pour une RCP. Comme on peut le constater sur le visuel, il s'agit d'un profil de patient fictif, auquel on a attribué une maladie, qui est qualifiée avec certaines informations complémentaires. Dans cet exemple, les champs qui sont remplis correspondent au diagnostic du cancer ainsi qu'à l'avis thérapeutique de la RCP (*i.e.* dans le langage indigène, la « décision thérapeutique »).

The screenshot displays the Oncomip application interface. On the left is a sidebar menu with options: 'Accès patient', 'Essais cliniques', 'Suivi des dossiers', 'Préférences', 'Annuaire RCP', 'Assistance', 'Manuel', and 'Consentement'. The main content area shows a patient profile for 'M. ESSAI PIERRE : 56 ans (12/04/1958)' with a tumor in the stomach. The 'Diagnostic du cancer' section is expanded, showing a date of 02/07/2014, a diagnosis of 'Tumeur maligne du pylore (code CIM10 : C164)', and clinical stage T1N2M0. Below this are sections for 'Anapath et Stade pathologique', 'Note de progression', 'Histoire de la maladie', 'Etat clinique', and 'Examens/documentations du cancer'. A 'DISCUSSION EN RCP Avis thérapeutique' section is also visible, containing information about the RCP (02/06/2014, 10:00, 3C - CHU PURPAN (DIGESTIF)), the doctor (Dubois Muriel), and a proposition of 'Analyse Côlon' which is 'Non éligible à un essai thérapeutique'. At the bottom right, there is a button to 'Créer un PPS pour cette fiche'.

FIGURE 5.5 – Application Oncomip : Capture d'écran d'une fiche patient sur la plateforme de test

Bien que l'usage de l'application était particulièrement difficile à repérer lors de l'observation ethnographique, l'intérêt que nous y avons porté nous a permis d'identifier un point particulièrement intéressant dans le cadre de notre étude. En effet, nous y avons retrouvé d'autres formes technologiques que l'application elle-même, c'est-à-dire hors de sa fonctionnalité première de dossier de cancérologie mis en réseau. Nous faisons ici référence

aux deux points suivants, à savoir les normes de classification et le Thésaurus. L'application Oncomip, dans son ambition d'outil d'aide à la décision, incorpore donc tout un ensemble de technologies intellectuelles utilisées de façon bien plus notable par les médecins lors de notre observation ethnographique.

5.3.3 CODIFICATIONS ET SYSTÈMES DE CLASSIFICATION

Une des catégories de ces technologies intellectuelles que nous avons identifiée est celle correspondant aux codifications et systèmes de classification. Il s'agit de systèmes permettant de codifier différentes formes d'informations médicales de façon très courte et structurée. Elles sont utilisées dans le cadre de la pratique de la médecine, mais également dans les essais cliniques. Nous en présentons deux dont nous avons relevé un usage important dans notre observation ethnographique. Le premier est un système de classification des tumeurs, alors que le second est une échelle de jugement clinique.

5.3.3.1 LA CLASSIFICATION TNM/PTNM

Le système de classification TNM est un système international. Il est défini de la façon suivante sur le site de l'INCa : « *Classification internationale qui permet de se rendre compte du stade d'un cancer. La lettre T est l'initiale de tumeur et correspond à la taille de la tumeur; la lettre N est l'initiale de node qui signifie ganglion en anglais et indique si des ganglions lymphatiques ont été ou non envahis; la lettre M est l'initiale de métastase et signale la présence ou l'absence de métastases.* »¹⁶.

Ce système de classification est publié et mis à jour par des spécialistes internationaux rassemblés sous la bannière de l'UICC (Union for International Cancer Control). La dernière version en vigueur en est la septième édition, datant de 2009. Elle est diffusée sous la forme d'un manuel de classification, qui constitue une grande partie¹⁷ de ce volet de notre matériau (Sobin *et al.*, 2009). Ce manuel est un document de 310 pages¹⁸, dont le chapitrage s'organise en fonction des zones tumorales. Les critères de classification des cancers du système digestif sont exposés sur 72 pages. Une longue introduction (21 pages) est commune à tout le manuel et expose l'historique, les objectifs, la légitimité du système de classification, ainsi que ses principes transversaux.

16. Source : http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/ressources-utiles/dictionnaire/c_classification-tnm/. [Consulté le 24/02/15]

17. Nous avons également travaillé avec l'Atlas de la cinquième édition du manuel, qui a une présentation différente, et comporte de nombreuses illustrations qui nous ont aidée dans l'accès à la compréhension du contenu (en langue anglaise) (Wittekind *et al.*, 2005)

18. Une citation de Thomas d'Aquin en exergue du manuel a retenu notre attention : « *They are called wise who put things in their right order* ».

Ce système date du milieu du XX^e siècle. Il prévoit la mise en commun des groupes d'experts nationaux et internationaux en vue de doter médecins et chercheurs d'un langage commun : « *To develop and sustain a classification system acceptable to all requires the closest liaison between national and international committees. Only in this way will all oncologists be able to use a 'common language' in comparing their clinical material and in assessing the results of treatment. While the classification is based on published evidence, in areas of controversy it is based on international consensus.* » (Sobin *et al.*, 2009, p. 5). Ce système permet en outre de produire une autre classification, le regroupement en « stades », allant de 0 à IV.

Nous ne détaillerons pas de façon exhaustive les règles générales de la classification, ni les règles spécifiques pour chacune des catégories de tumeurs primitives relatives à notre observation, mais il convient toutefois donner quelques précisions de nature à permettre au lecteur de comprendre ce dont il s'agit dans les grandes lignes. Chacune des lettres T, N, M désigne trois caractéristiques particulièrement pertinentes dans le traitement du cancer. Ces lettres sont généralement suivies d'un caractère, numérique la plupart du temps, permettant de qualifier l'extension de la taille d'une tumeur (T0, T1, T2, T3, T4) ; l'envahissement ganglionnaire, sa taille, sa distance par rapport à la tumeur primitive (N0, N1, N2, N3) ; l'absence ou la présence de métastases (M0, M1). Lorsque l'un des éléments est inconnu, le chiffre est remplacé par la lettre « X ». La classification peut être principalement de deux sortes : clinique ou anatomo-pathologique. Dans le premier cas, on note la classification « TNM », ou plus rarement « cTNM » ; dans le second, on la note « pTNM ». La première, clinique, est utilisée pour sélectionner et évaluer la thérapie, et se base sur les « evidence » acquises avant le traitement, par les signes cliniques et paracliniques. La seconde, la classification pathologique, est produite post-traitement, par l'histopathologie, et est davantage utilisée pour le choix de traitements adjuvants. Elle se base sur les mêmes « evidence » que précédemment, auxquelles s'ajoutent celles obtenues lors de la chirurgie et de l'examen pathologique (*Ibid.*, p. 8).

Pour comprendre ces éléments examinons un cas concret. Reprenons pour cela la classification qui était présente sur la fiche de RCP du patient fictif que nous avons reproduite dans la sous-section précédente. Le patient fictif était atteint d'une tumeur maligne du Pylore, dont le stade clinique était T1N2M0. Pour lire cette classification, il est nécessaire de savoir que le Pylore est une partie de l'estomac, et ensuite se reporter à la section en question dans le manuel. Le manuel recense bien les sous-localisations de l'estomac : Fundus, Corps, Antre, et Pylore. La notation est cependant la même pour les différentes parties. Pour comprendre de façon plus claire ce à quoi ces chiffres font référence, reportons nous à la version illustrée du manuel. Et plus précisément, afin de déterminer ce que signifie le 1 dans le T1N2M0 de notre patient, on se reportera à la figure 5.6 (Wittekind *et al.*, 2005, p. 87).

T – Primary Tumour

TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Tis	Carcinoma in situ: intraepithelial tumour without invasion of the lamina propria
T1	Tumour invades lamina propria or submucosa (Fig. 119)
T2	Tumour invades muscularis propria or subserosa
T2a	Tumour invades muscularis propria (Fig. 119)
T2b	Tumour invades subserosa (Figs. 119–121)

Note
See p. 89.

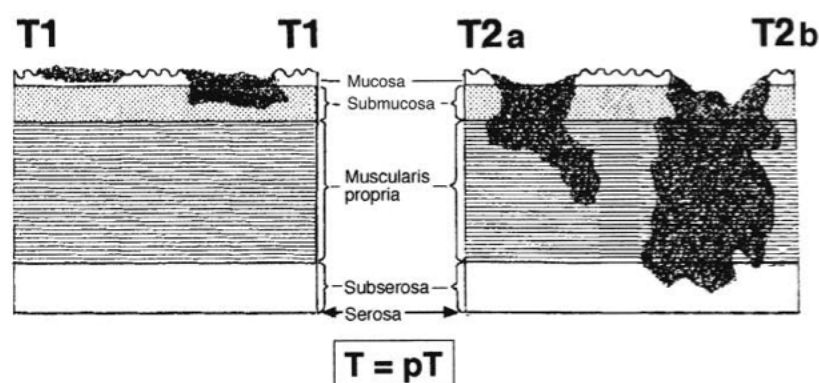


FIGURE 5.6 – Classification TNM : évaluer le T pour un cancer de l'estomac

On comprend alors que le T1 signifie que la tumeur est présente, mais qu'elle n'a pas atteint la paroi musculaire de l'estomac. Elle est donc cantonnée à la muqueuse voire à la sous-muqueuse. Concernant l'envahissement ganglionnaire – la lettre « N » – il peut aller de 0 à 3 dans la classification TNM. Le 0 signifiant l'absence, les chiffres de 1 à 3 sont attribués en fonction du nombre de ganglions envahis¹⁹ : N1 entre 1 et 6; N2 entre 7 et 15; et N3 au-delà de 15. Ici encore, une illustration différentielle permettra de mieux comprendre ce dont il est question dans cette classification (Figure 5.7, (Wittekind *et al.*, 2005, p. 92)).

Le « M » étant un indicateur binaire, signifiant la présence ou l'absence de métastases, nous n'insisterons pas dessus de la même façon. De plus, notre patient fictif étant atteint d'une tumeur dont le stade clinique a été classé M0, il n'y a donc rien à visualiser.

La classification TNM propose également une grille de transfert entre les stades pathologiques (de 0 à IV) et la notation TNM. Il nous est donc possible, toujours à partir du manuel et de la classification de la fiche Oncomip, d'obtenir le stade de développement du cancer.

19. La classification diffère entre les deux versions dont nous disposons. Dans la dernière version (la septième édition), elle est composée comme suit : N1 entre 1 et 2; N2 entre 3 et 6; N3a entre 7 et 15; N3b au delà de 16. Pour bien lire le cas de notre patient fictif, il faudrait se reporter à cette dernière édition. Ne disposant pas de version illustrée de la septième édition, nous utilisons la cinquième, suffisante pour une compréhension du principe.

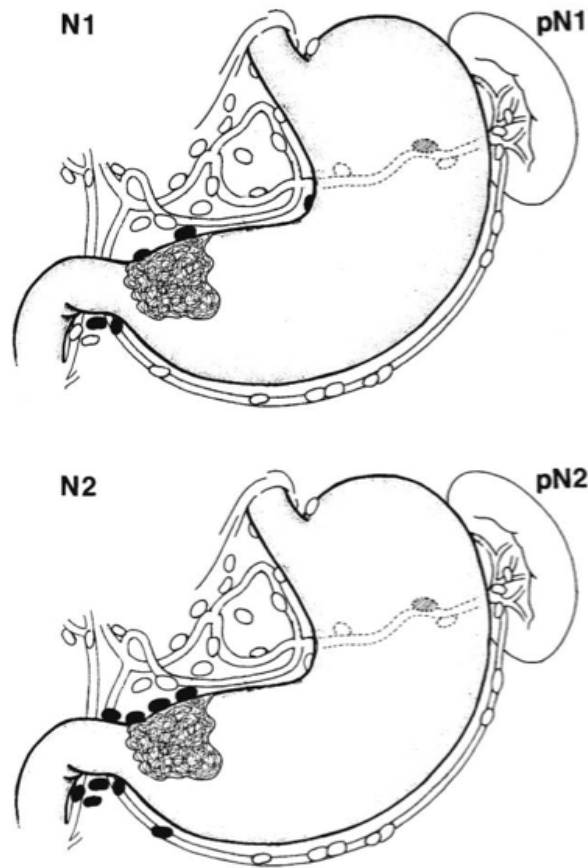


FIGURE 5.7 – Classification TNM : évaluer le N pour un cancer de l’estomac

En nous rapportant au tableau spécifique au chapitre sur le cancer de l’estomac, il nous est possible de retrouver la combinaison de notre patient fictif (Figure 5.8), qui est atteint d’un cancer de stade IIA.

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T2	N0	M0
Stage IIA	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stage IIB	T3	N1	M0
	T4a	N0	M0
	T4a	N2	M0
Stage IIIA	T1	N3	M0
	T2	N3	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4a	N0, N1	M0
	T4a	N2	M0
	T4a	N3	M0
Stage IIIC	T4a	N3	M0
	T4b	N2, N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

FIGURE 5.8 – Tableau de correspondance TNM - Stades (Sobin *et al.*, 2009, p. 76)

5.3.3.2 LE SCORE OMS

Le second système de classification que nous voulons présenter est beaucoup moins difficile d'accès que le précédent. Il s'agit d'un indice d'évaluation de l'état clinique général d'un patient. Il est très utilisé en cancérologie, et, de la même manière que le TNM, il fait partie des indicateurs à renseigner dans les fiches patients Oncomip. Par ailleurs, c'est un indicateur souvent utilisé lors des narrations de cas auxquelles nous avons assisté durant notre ethnographie de la RCP.

Le « Score OMS » est un indicateur international, dont la première publication date de 1982 (Oken *et al.*, 1982). Il est également appelé « performance status », score « ECOG »²⁰ ou « Zubrod ». L'objectif est, ici encore, de disposer d'un « langage commun », tant pour les cliniciens que pour les chercheurs, afin de qualifier soit l'état général d'un patient pour les premiers soit la qualité de vie pour les seconds. Dans le cas qui nous occupe, qui est celui de la pratique médicale, l'évaluation de l'état général d'un patient va avoir une grande importance sur le pronostic et sur les décisions thérapeutiques (UPS, 2008, Baillet, 2004).

À partir de deux photocopiés²¹ de cours de cancérologie au niveau DCEM3 (5^{ème} année), on apprend que ce système est moins précis et très proche d'une autre qui lui est similaire : l'échelle de Karnofsky. Nous reproduisons ci-après les deux systèmes.

Grade	État général
0	Activité normale sans restriction
1	Restreint pour des activités physiques importantes, mais patient ambulatant et capable de fournir un travail léger.
2	Ambulant et capable de se prendre en charge, mais incapable de fournir un travail et alité pendant moins de 50 % de son temps.
3	Capacité de prise en charge propre beaucoup plus limitée. Passe plus de 50 % de son temps au lit ou dans une chaise.
4	Complètement grabataire, incapable de se prendre en charge. Le patient reste totalement confiné au lit ou dans une chaise.

FIGURE 5.9 – Échelle de performance de l'OMS

Ici encore, ces conventions permettent d'une part de disposer d'éléments de langage standards internationaux, mais également communs à différentes disciplines relatives au cancer, qu'il s'agisse de la recherche clinique ou de la pratique de la médecine. Nous avons délibérément présenté deux systèmes très différents, en raison de leur visibilité pour l'ethnographe

20. European Cooperative Oncology Group - http://www.ecog.org/general/perf_stat.html

21. L'un provient de l'université Pierre et Marie Curie - Paris et l'autre des deux facultés de médecine de l'université Toulouse III - Paul Sabatier.

Grade	État général
100%	normal, asymptomatique.
90 %	symptomatologie minime.
80 %	activité normale avec quelque effort.
70 %	incapable d'une activité normale, mais peut se soigner seul.
60 %	a besoin d'aide de temps en temps.
50 %	a besoin de beaucoup d'aide et de soins médicaux.
40 %	n'est plus en état de se soigner seul.
30 %	hospitalisation nécessaire.
20 %	très malade, traitement intensif nécessaire.
10 %	moribond; progression rapide de la maladie.

FIGURE 5.10 – Échelle de Karnofsky

lors des observations de RCP. Il est cependant important et nécessaire de préciser qu'il existe de nombreux autres systèmes de classification, que nous n'avons pas tous investigués de la même façon. Il en existe des spécifiques à la catégorisation histologique des tumeurs (selon leur stade de différenciation), en particulier, mais également une classification internationale des maladies²², des classifications spécifiques à des maladies particulières (score de Child-Pugh pour les insuffisances hépatiques), etc.

22. Le CIM10, également très intéressant et figurant dans l'application Oncomip, qui attribue un code unique à chaque maladie. Il dispose en plus d'une composition construite à la manière des classifications bibliothéconomiques (Une tumeur de l'estomac est codée C16; une tumeur du pylore de notre patient fictif sera codée C16.4, sachant que le pylore est une partie de l'estomac).

5.3.4 THÉSAURUS

Le « Thésaurus » désigne, dans le langage indigène, le thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD). Édité par la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE) et produit par des experts émanants de six sociétés savantes de la discipline, il recense les recommandations de pratique clinique de la spécialité. La version courante est accessible en ligne : <http://www.tncd.org/>.

Dans le préambule, il est précisé :

- Le TNCD a pour objet la réalisation de recommandations qui se doivent d'être :
- Accessibles facilement à tous
 - Mises à jour régulièrement
 - Adaptées à la pratique quotidienne
 - Consensuelles pour l'ensemble des groupes nationaux auteurs de recommandations

Il peut être mis à jour à n'importe quel moment, lorsqu'une pratique devient consensuelle ou recommandée, et annonce l'être systématiquement une fois par an²³. Nous avons donc été amenée à utiliser différentes versions de ces recommandations. L'organisation du thésaurus est élaborée par organe et par pathologie. Les recommandations qui y figurent sont accompagnées de leur statut, tel que prévu par la haute autorité de santé (HAS). Sont distinguées les recommandations qui constituent des *références*, c'est-à-dire qui sont consensuelles ; de celles qui sont gradées de A à C. Ici encore il existe une échelle, produite par la HAS permettant de classer la littérature scientifique par niveau de preuve (Figure 5.11²⁴).

Les recommandations versées au document reprennent pour chacune des étapes de la prise en charge thérapeutique les recommandations en distinguant les *références* et les *options*. Les examens complémentaires seront réputés utiles ou moins utiles, en fonction des suspicions qui accompagnent la prise en charge, de la présentation clinique du cas. Les éléments qui doivent figurer dans les rapports de spécialistes sont également précisés. Par exemple, dans le cas du compte-rendu anatomopathologique, celui-ci « *doit comporter au moins* » huit critères spécifiques, dont la classification de Lauren et/ou OMS ; ainsi que la classification T et N.

Les différentes possibilités thérapeutiques sont listées et détaillées avec les recommandations afférentes, où leur gradation en termes de niveau de preuve est précisée. Ces différentes stratégies (chirurgie, chimiothérapie, endoscopie interventionnelle, transplantation) sont

23. Certains chapitres mentionnent pourtant 2011 comme date de dernière mise à jour.

24. Source : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf> [Consulté le 15/02/2015]

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Études cas-témoin	C
Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique

FIGURE 5.11 – Niveaux de preuve et recommandations

également contextualisées dans la prise en charge longue du traitement du cancer : première intention (*première tentative de traitement*), deuxième ligne, ...

Les différentes parties du thésaurus sont distribuées en fonction des organes atteints, et leur rédaction est confiée à des spécialistes différents. Nous avons donc constaté une mise en page et une organisation du document non normalisée dans les fichiers que nous avons pu télécharger. Nous donnons donc un exemple à titre illustratif, mais qui ne constitue pas une forme générique des différents documents à partir desquels nous avons travaillé. La figure 5.12 rend compte d'un exemple de recommandation pour un cancer de l'œsophage invasif et de stade I.

On y reconnaît des éléments de la classification TNM. On note la présence d'une indication thérapeutique ayant le statut de *référence*, alors que la seconde est une *option*. Les références bibliographiques du traitement de *référence*, à savoir la chirurgie, sont précisées. Les autres options thérapeutiques possibles dont le niveau de preuve n'est pas suffisant sont toutefois présentes, accompagnées des précisions de mise en œuvre et des conditions d'administration.

1.5.2. Cancers invasifs opérables

1.5.2.1. uT1 N0 (stade IA), uT2 N0 (stade IB)

RÉFÉRENCE : oesophagectomie (essai FFCD 9901 [72])

Avec éventuelle chimiothérapie adjuvante post-opératoire (2 cures de 5FU-Cisplatine), si pN+ et patient en bon état général, demandeur et informé à discuter en RCP car niveau de preuve faible (grade C)

OPTION :

- Radiochimiothérapie exclusive (contre-indication ou refus de la chirurgie) (niveau de la recommandation : grade A)

FIGURE 5.12 – Extrait du TNCD - Cancer de l'œsophage stade I (02/2014)

En examinant les recommandations du *Thésaurus*, nous avons également trouvé par endroits des mises en formes pouvant être surprenantes au premier abord, mais qui sont très courantes dans les ouvrages médicaux, et spécifiquement dans les ouvrages pédagogiques. Il s'agit d'*algorithmes*, parfois aussi appelés des *arbres de décision* (que la décision soit d'ordre diagnostique ou thérapeutique). Ici encore, à titre d'exemple, la figure 5.13 présente les recommandations dans le cas d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) sur une cirrhose dont la sévérité est évaluée à l'aide du score de Child-Pugh. À partir du renseignement des différents critères, et du test de chacune des variables, le collectif de cliniciens est supposé pouvoir orienter sa stratégie.

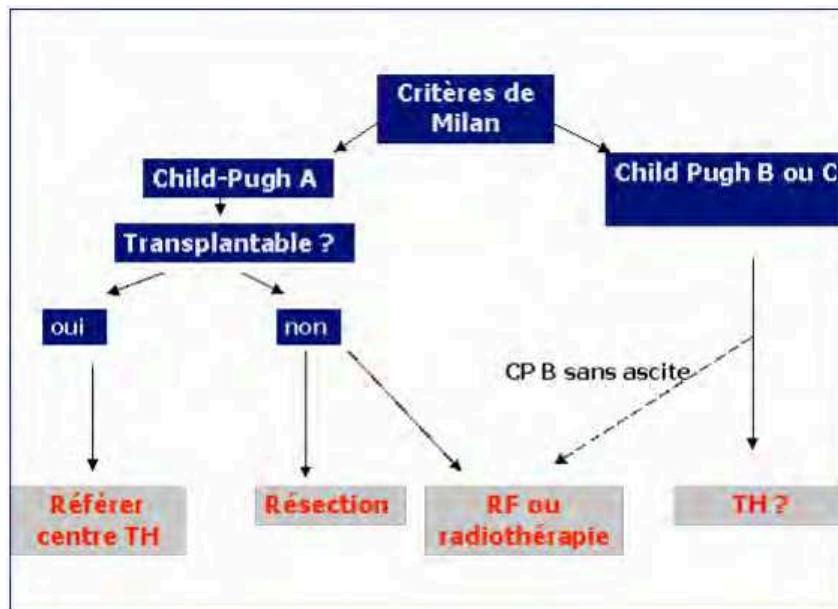


FIGURE 5.13 – Extrait du TNCD - Cancer primitif du foie sur cirrhose (02/2014)

5.4 COMPRENDRE LES PRATIQUES : RENTRER DANS LE TERRAIN

L'attention portée au milieu technique dont nous venons de présenter des observables a été guidée par ce que nous avons pu comprendre des pratiques pendant notre ethnographie de la RCP. C'est en effet la seconde phase de notre étude empirique, et le travail d'apprentissage et de compréhension qui s'en est suivi qui a orienté la construction de notre travail doctoral. Au cours de ce processus long de compréhension du terrain, nous avons progressivement procédé à la construction des objets de la recherche, à l'identification des formes techniques à étudier, dans une démarche itérative.

Il s'agit ici de rendre compte de la façon dont nous nous sommes saisie de ces enjeux, à savoir de notre immersion progressive dans le terrain des pratiques délibératives et interprétatives des médecins. Comme nous l'avons vu dans la seconde partie, nous sommes partie d'observations empiriques et de la littérature professionnelle où celles-ci nous ont conduite dans l'élaboration de nos objets. C'est dans cette logique itérative nécessairement linéarisée ici que nous avons construit l'ensemble empirique visant à éclairer les pratiques. Nous avons déjà explicité dans les sections précédentes la façon dont nous sommes entrée sur le terrain, et la façon dont nous avons investi et sélectionné des formes techniques spécifiques, mais il est maintenant nécessaire d'exposer la façon dont nous avons procédé pour développer notre compréhension des pratiques d'une part, et la constitution du matériau empirique à proprement parler d'autre part.

Il sera question dans un premier temps de notre travail d'intégration dans le collectif de la RCP. Nous présentons ensuite l'élaboration du matériau relatif aux observations de la RCP, en précisant les problèmes auxquels nous avons été confrontée et les solutions que nous avons développées. Nous présentons ensuite trois types de matériau qui ne sont pas directement reliés à la RCP mais dont l'investigation a été nécessaire pour accéder à une meilleure compréhension du terrain : les ressources de formation, que nous avons mobilisées de façon autodidacte ; un outil informatique de formation au jugement clinique ; ainsi qu'une observation ethnographique de pratiques d'interprétation d'imagerie dans une unité de recherche. La section se termine en présentant le dernier type de matériau que nous avons produit, des entretiens avec une partie des médecins participant à la réunion, qui constituent la troisième phase de notre enquête de terrain.

5.4.1 IMMERSION, INTÉGRATION

Le processus d'immersion dans le terrain et d'intégration dans le collectif de médecins de notre RCP débute avec un des médecins participants. Comme nous l'avons évoqué en début de chapitre, nous avons fait appel à notre réseau personnel pour être présentée à un médecin de de l'hôpital où nous souhaitions effectuer notre étude. Lorsque notre projet de recherche en était à ses prémices, nous avons été invitée par Paul ²⁵ à assister aux deux premières réunions, après avoir obtenu un accord de principe de ses confrères – épisode de notre recherche que nous avons ultérieurement qualifié de première phase empirique.

Paul exerce dans cet hôpital depuis plus de 25 ans, et est devenu, progressivement durant notre enquête de terrain, un interlocuteur privilégié. Son ancienneté dans l'établissement ainsi que son rôle décisif dans notre entrée dans la RCP ont facilité notre intégration dans le groupe, par la construction de notre place. La relation de confiance que nous avons pu développer ensemble tout au long de notre enquête de terrain nous a permis d'entretenir des échanges informels, qui, bien qu'ils ne soient pas versés au matériau empirique, nous ont aidée à orienter notre attention pendant les réunions et dans nos recherches dans la littérature professionnelle. Paul a donc été un contact essentiel dans notre intégration, et les échanges que nous avons tenus ont toujours été éclairants. Toutefois, au terme de ce travail, subsistent des vues radicalement différentes. Suite aux échanges périphériques aux entretiens menés durant la troisième phase de l'enquête, Paul ne semblait pas saisir l'intérêt que nous portions aux pratiques de la réunion; et, de notre côté, nous ne sommes toujours pas convaincue par ses propos: «ce que l'on fait pendant la RCP, c'est très simple».

Outre ces éléments permettant de saisir la façon dont nous avons obtenu l'accès à la réunion en première instance, l'ouverture de la seconde phase de l'enquête, suite à l'accord de la direction de l'établissement, a rendu nécessaire la négociation tacite d'une place pérenne pendant la réunion. Les travaux fondateurs de l'ethnométhodologie (Garfinkel, 2007) insistent sur la notion de « membre » d'une même culture ²⁶, et sur les connaissances de « sens commun » qui y sont associées. Dans notre cas précis, au vu de notre absence de connaissances médicales à notre arrivée sur le terrain, nous nous sommes trouvée dans une situation ethnographique assez particulière. Tout un chacun a déjà été confronté à la médecine en tant que patient, à des degrés variables, et nous ne dérogeons pas à cette généralité. Pour autant, passer « de l'autre côté », au sein d'un collectif de médecins est une expérience très singulière, où le familier et l'étranger cohabitent en permanence.

25. Nous présentons p. 240 les acteurs de la RCP.

26. Nous retenons en particulier : « *La notion de "membre" est au cœur du problème. [...] Nous partons du constat suivant : le fait qu'on entende quelqu'un parler un langage naturel implique que l'on reconnaisse d'une manière ou d'une autre qu'il s'occupe de produire ou de manifester objectivement une connaissance de sens commun des activités courantes en tant que phénomène dont on peut rendre compte.* » (Garfinkel, 2007, p. 436)

Dans ces conditions, négocier une place au sein d'un collectif dont on ne peut être véritablement membre invite le chercheur à travailler son positionnement. Celui que nous avons progressivement construit se situe à l'interface. Il s'est agi, simultanément, de consolider notre position d'observateur, dans l'apprentissage de la recherche par la recherche que constitue le parcours doctoral ; et également de cultiver une forme d'attention permanente à notre environnement pour aiguïser notre sensibilité à tout ce qui pouvait toucher, de près ou de loin, à la médecine. Ce positionnement s'est traduit, par des activités très concrètes et triviales : faire connaissance avec des internes en médecine de différentes spécialités, suivre des étudiants en médecine ou des médecins confirmés sur les réseaux sociaux, lire, écouter et regarder toute forme d'actualité ou d'œuvres de fiction grand public se rapportant à la médecine et à son exercice. Il s'agissait au fur et à mesure de nos observations, d'éveiller tout ce qui pouvait permettre d'affiner notre compréhension de ce qui se jouait dans la réunion, de tenter d'accéder au sens commun qui nous était étranger sans perdre notre position d'observateur se faisant oublier.

En effet, la salle étant particulièrement exigüe, le terme de « place » est également à entendre au sens d'une position dans l'espace et d'une conduite à tenir. Une des premières nécessités que nous avons identifiée a été de se faire oublier, tout en tentant de suggérer une neutralité bienveillante dans notre observation ; et de ne pas interférer dans l'exercice délibératif, au vu de la gravité des situations de patients discutées. Cette position a évolué au fur et à mesure de nos observations, par la progression de notre compréhension de ce qui était en jeu dans les échanges des médecins, propos hermétiques au premier abord, comme le laisse entrevoir l'exergue du chapitre.

5.4.2 LA RCP

Nous avons observé quinze réunions. Le détail de celles-ci : dates, nombre de cas traités et durée de la réunion sont reportés dans le tableau ci-après (5.14). Cet observable principal, agrégeant l'ensemble de notre matériau empirique, a donné lieu à la production de différentes catégories de matériau pour notre analyse, que nous présentons ici. Nous pouvons citer dans un premier temps les éléments de cadrage de la RCP, auxquels nous avons déjà fait appel : les textes réglementaires qui en fixent le fonctionnement et les objectifs, et en particulier la fiche méthode produite par la HAS²⁷

Les deux versions de cette fiche figurent dans les annexes 2 p. 360 et 3 p. 364 .

Nous souhaitons rendre compte de notre investigation de terrain en présentant le matériau issu de notre ethnographie ainsi que la façon dont nous l'avons produit. Nous avons assisté aux quatre premières réunions uniquement équipée d'un carnet de notes. Nous y avons consigné des phrases de médecins, des descriptions de situations, de gestes, d'échanges : «montre du doigt 'et ça c'est une masse tumorale ? non parce que X m'a dit que c'était tumoral'».

Nous avons également fait des croquis pour rendre compte de la disposition de la salle. Une grande partie de notre attention était mobilisée pour essayer d'identifier les spécialités des différents médecins présents, dont nous ne connaissions pas le nom. Ils nous ont été communiqués lors d'échanges informels avec Paul.

À partir de la cinquième observation, l'accord avec la direction de l'établissement étant acquis, nous avons entamé les observations avec une prise de notes sur notre ordinateur portable, et une captation audio sécurisée de la réunion. Notre travail a ainsi pu évoluer, et nous avons pu disposer des conditions matérielles permettant de transcrire intégralement des discussions de cas. À partir de ce moment, nous avons tenté, en parallèle de l'écoute et de l'observation directe, de repérer des cas qui semblaient intéressants *a priori*, où les échanges observés permettaient de mettre des mots sur des pratiques souvent tacites dans des cas moins problématiques pour les médecins. Cette phase a été riche puisqu'elle nous a permis d'affiner notre problématique et notre compréhension des pratiques. Il s'est agi dans cette phase de travailler notre sensibilité à ce qui pouvait se jouer dans les échanges, tant du point de vue des pratiques médicales, que de celui du chercheur ; de relever ces éléments dans l'observation directe ; puis, enfin de vérifier lors de nos recherches complémentaires à l'aide de la littérature professionnelle et pédagogique.

27. Une mise à jour de cette fiche a été faite en mai 2014, mais nous avons entamé notre travail doctoral avec une version antérieure, figurant en annexe. La dernière version est accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf[Consulté le 20/02/2015]

Numéro	Date	Nb cas	Durée
1	01/2012	8	1 : 30
2	01/2012	6	1 : 10
3	09/2012	12	1 : 25
4	10/2012	13	2 : 05
5	12/2012	13	1 : 46
6	12/2012	12	1 : 45
7	12/2012	10	1 : 27
8	01/2013	15	1 : 55
9	01/2013	7	1 : 19
10	02/2013	16	1 : 59
11	02/2013	7	1 : 01
12	03/2013	14	1 : 34
13	04/2013	17	1 : 33
14	04/2013	16	2 : 00
15	04/2013	12	1 : 30

FIGURE 5.14 – Observations ethnographiques de la RCP

C'est également à partir de la cinquième séance que nous avons pu identifier la plupart des médecins avec leur nom et leur spécialité, et ainsi disposer de notes beaucoup plus exploitables. Dans les premières séances, seule la radiologue de par sa position en face de la station de visualisation des images et Paul nous étaient identifiables. Nous faisons figurer ci-après la présentation des cinq médecins auprès desquels nous avons conduit des entretiens. Nous leur avons attribué un pseudonyme. Les autres participants à la réunion sont identifiés dans les transcrits avec leur spécialité médicale.

Pseudonyme	Présentation
Paul	Médecin HGE, titulaire depuis 1989 dans l'établissement. Il a également une spécialisation en addictologie, transversale aux différents services de l'hôpital.
Marie	Médecin HGE, titulaire depuis 4 ans dans l'établissement. Elle est également titulaire d'un diplôme complémentaire en cancérologie (DESC), et est responsable du 3C pour le centre hospitalier (Centre de Coordination en Cancérologie).
David	Médecin HGE, titulaire depuis 1998 dans l'établissement. Il était également correspondant Oncomip pendant notre observation, et renseignait les fiches pendant les séances.
Anna	Médecin Radiologue. Elle exerce maintenant dans un cabinet privé après avoir exercé à l'hôpital jusqu'en 2007. Elle a effectué une spécialisation en radiodiagnostic et imagerie médicale.
Serge	Chirurgien digestif, titulaire depuis 20 ans dans l'établissement. Il est chef du service de chirurgie digestive.

FIGURE 5.15 – Présentation des médecins

5.4.2.1 DÉCRYPTER, TRANSCRIRE

Le travail de transcription des discussions de cas s'est avéré particulièrement délicat et nous a amenée à mettre en place des stratégies spécifiques. En effet, la complexité des échanges et la spécificité du langage utilisé ont constitué des difficultés importantes, et les contourner n'était ni possible ni souhaitable. Un investissement important a donc été nécessaire pour mener à bien ce volet de l'enquête empirique, et nous souhaitons en rendre compte ici de la façon la plus complète possible. Il est possible d'identifier deux grandes étapes dans ce type de travail : la transcription à proprement parler, et la compréhension du cas, la première étant nécessaire à la seconde.

Reprenons l'exemple que nous avons placé en exergue du chapitre.

```
... Oui. Patiente de 71 ans euh ... elle était connue depuis
euh... 2010, en cancer du colon gauche, découvert en
occlusion, euh ... c'était initialement un pT3N2M0, KRAS muté,
BRAF non muté, elle a eu une chimiothérapie par Folfox 4
adjuvant puis elle a terminé que par du Xeloda en faisant une
paresthésie ... euh ... ça elle a fini en euh ... 2011 ...
rapidement après, au niveau du scanner de 3 mois après, y
avait un nodule unique à l'union du segment 5 et 6 qui
mesurait 33 mm ...
```

Ce bref extrait d'un début de narration de cas illustre la nécessité :

- de se référer à de la documentation anatomique ;
- de développer une connaissance des systèmes de classification tels que le TNM ;
- de savoir orthographier des termes tels que : KRAS, BRAF, Folfox, Xeloda, paresthésie pour pouvoir procéder à des recherches textuelles.

En effet, pendant la transcription, il est nécessaire de procéder à des recherches particulières, qui nous ont amenée à mettre en place une pratique qui nous paraît assez originale. Les termes de « KRAS » et « BRAF » en constituent un bon exemple²⁸. Lors de la transcription de cet extrait précis, nous avons eu beaucoup de mal avec ces deux termes. Nous avons donc procédé à la saisie des termes avec une orthographe approximative, ou présumée dans le moteur de recherche Google. À partir de là, Google propose des corrections orthographiques, qui, dans notre cas, nous ont été d'un grand secours. En effet, un des problèmes soulevés par l'auto formation réside dans le fait que l'accès aux connaissances se fait principalement par écrit, et qu'il n'était pas possible de faire appel à des personnes ressources pour ce type de questions, qui étaient très fréquentes.

28. « KRAS » se prononce « kirass ».

Lorsque l'orthographe des termes était identifiée, nous pouvions ensuite envisager l'accès aux ressources pédagogiques et aux documents de bonnes pratiques professionnelles (RBP, thésaurus). Avant d'être en mesure de lire et comprendre ces ressources, des détours supplémentaires étaient généralement nécessaires, principalement le dictionnaire de termes médicaux (Quevauvilliers et Fingerhut, 2009) et des ouvrages d'anatomie (Drake, 2006).

Il convient toutefois de préciser que cette façon de procéder, que nous avons élaborée au cours de notre recherche, n'est pas pleinement satisfaisante. En effet, le recours aux ressources pédagogiques et plus généralement aux savoirs médicaux de façon autodidacte présente un certain nombre de limites. En effet, l'utilisation de documents de référence pendant et après la transcription est nécessaire à la compréhension, mais le fait que les images servant de support aux échanges ne nous sont plus accessibles rend cette stratégie non suffisante à une compréhension totale. La stratégie que nous venons de décrire est donc aussi rigoureuse que possible, mais elle demeure nécessairement incomplète. Une prise de recul par rapport à notre propre pratique de la recherche nous incline à penser qu'il demeure dans notre analyse une part de conjecture irréductible, puisque nous sommes en dehors de l'espace de sens commun partagé par les médecins.

Toutefois, même si le développement de connaissances permettant d'entrer dans ces espaces de savoirs médicaux reste théoriquement accessible, il nous est apparu nécessaire de savoir nous arrêter dans ce processus de compréhension du terrain. Nous avons été amenée, dans nos pratiques d'investigation « compréhensive », à devoir apprendre et comprendre des disciplines très éloignées, où les derniers apprentissages remontaient à l'enseignement secondaire. Comprendre les différentes modalités d'imagerie médicale par exemple peut demander des connaissances poussées en physique fondamentale, et il en va de même pour de nombreuses disciplines afférentes aux diverses spécialités médicales auxquelles nous avons été confrontée. Le temps d'une recherche doctorale étant nécessairement contraint, il a donc été nécessaire de savoir s'arrêter dans une investigation qui repartait souvent de bases négligeables, et de savoir nous contenter d'une compréhension globale, bien qu'imparfaite et incomplète.

5.4.2.2 OBSERVER LA PRÉPARATION DE LA RCP

Pour compléter l'étude de notre observable principal, nous avons également orienté notre investigation vers les conditions de la préparation de la RCP. Lors de la seconde phase de notre enquête empirique, nous avons remarqué le passage d'une personne accompagnant un chariot rempli de dossiers au début des réunions. Il s'agit d'Aurore, qui assure le secrétariat de toutes les RCP de l'établissement (et pas uniquement celle d'HGE), et occupe le statut de correspondant Oncomip. Cette dernière fonction nous a incitée à tenter de constituer un nouvel observable ethnographique à partir de ses pratiques relatives à l'application. Nous avons engagé la conversation avec elle alors que nous étions en avance sur l'horaire de la réunion. Elle passait déposer et récupérer des documents dans la salle où se déroulait la RCP, et après un bref échange nous avons obtenu son accord pour venir observer son travail de préparation de la réunion ainsi que ses coordonnées pour convenir d'un rendez-vous.

Nous avons effectué deux demi-journées d'observations, dans des conditions assez peu optimales. Aurore était tout à fait disposée à nous expliquer en quoi consistait son activité, mais notre présence s'est avérée perturbante sur deux points particuliers. Du point de vue de la confidentialité des données, Aurore était très réticente à nous laisser accéder à des documents où figuraient les noms des patients, en dépit de nos engagements à respecter le secret. Sur un second plan, le travail qu'elle avait à réaliser pendant les deux séances était très dense, et les digressions dues à notre présence semblaient lui faire perdre un temps précieux et compté.

Les deux séances d'observations nous ont toutefois permis d'effectuer une prise de notes et de captation de quelques images. Sans avoir investi ce terrain de façon régulière, nous avons toutefois obtenu des éclairages supplémentaires sur la façon dont la RCP est préparée, et en particulier sur les activités d'écriture supportées par l'application Oncomip.

5.4.3 UN OUTIL DE FORMATION : LES TCS

Comme nous le signalions au début du chapitre, la découverte de l'outil « TCS²⁹ » s'est produite dans des circonstances inattendues. Lorsque nous avons pris connaissance de l'existence de cette application, nous avons souhaité en savoir plus, et l'essayer. Nous avons pris contact avec le médecin chargé de mission DPC³⁰ de la faculté de médecine de Ranguel pour obtenir un accès à l'outil ainsi qu'un rendez-vous. Le Dr. Fostier nous a accordé un entretien d'une heure et demie, durant lequel il nous a expliqué le contexte de développement de l'application (en partenariat avec des chercheurs canadiens), les principes de fonctionnement, ainsi que les perspectives de déploiement de ce type d'outils³¹. Nous avons obtenu des identifiants pour accéder à la plateforme de test suite à cet entretien, ce qui nous a permis de produire et verser à notre matériau empirique des captures d'écran de l'application. Nous avons également effectué des recherches personnelles au sujet de ce type d'applications, et accédé à des publications scientifiques en didactique et pédagogie médicales portant sur cet objet, qui font également partie de notre matériau empirique.

L'application « TCS » est présentée comme un outil d'évaluation du jugement clinique et du raisonnement en contexte d'incertitude. Ces tests sont donc davantage portés sur l'évaluation de la pratique professionnelle que sur sa « transmission ». Un TCS est composé de :

- une « vignette » ou « scénario » clinique : la description d'une situation d'un patient ;
- une hypothèse diagnostique ;
- une information supplémentaire (souvent un résultat d'examen complémentaire) ;
- cinq choix possibles où il est demandé d'évaluer l'effet de l'information supplémentaire sur l'hypothèse présentée.

Comme cela est visible sur la capture d'écran annotée (Figure 5.16³²), et suite à notre brève présentation, nous ne pouvons que relever l'originalité du test. Contrairement à la plupart des applications de type « QCM », la structuration de la question n'est pas de la forme « question - réponse ». De plus, nous avons appris lors de notre entretien avec le chargé de mission DPC que l'attribution des points se faisait de façon tout aussi originale. Concrètement, un panel de cliniciens expérimentés voire experts passe le test. Les réponses du candidat seront comparées à la répartition des réponses du panel, et le candidat obtient davantage de points lorsque sa réponse concorde avec celle du plus grand nombre d'experts. Si la réponse du candidat est la même qu'un groupe plus restreint, le candidat obtient quand même des points.

29. Le sigle signifie « Test de Concordance de Script »

30. Développement Professionnel Continu

31. Il est question d'utiliser les TCS dans le cadre de l'informatisation d'une partie des épreuves de l'Examen Classant National de médecine (ECN).

32. Source : <http://www.cpass.umontreal.ca/tcs.html>

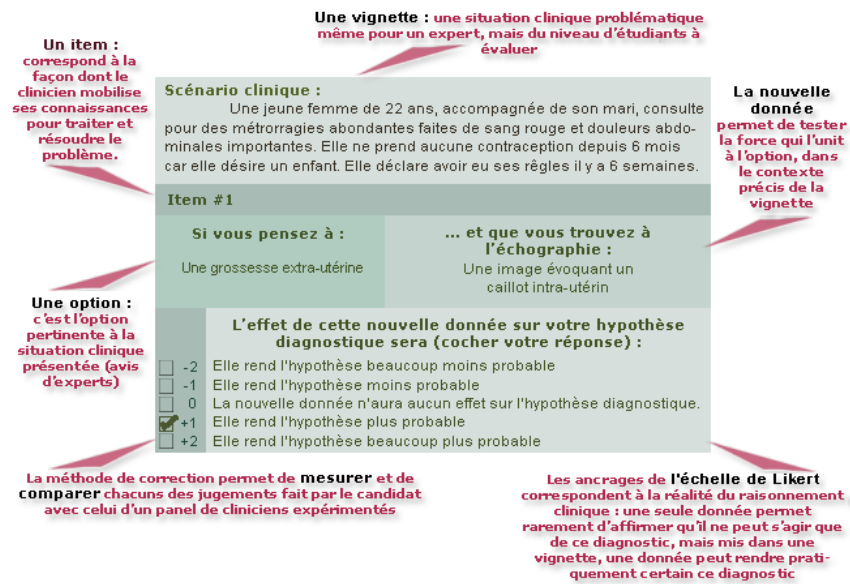


FIGURE 5.16 – L'application TCS

Cette méthode est validée parmi les outils de développement professionnel continu et fait également l'objet d'une « fiche méthode de la HAS »³³.

Du point de vue de notre stratégie analytique, nous avons souhaité nous saisir de cette application pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit d'un outil qui est en voie de généralisation dans les études médicales. Il est par ailleurs particulièrement original, dans sa forme, son support ainsi que dans les modalités d'évaluation. De plus, l'ambition affichée d'évaluer le raisonnement médical en contexte d'incertitude nous a interpellée de façon impérative : c'est une chance de disposer d'une forme technique telle que celle-ci, visant à formaliser de telles pratiques dont nous avons souligné longuement la complexité dans la seconde partie de la thèse.

33. Source: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/test_de_concordance_de_script_tcs_fiche_technique_2013_01_31.pdf [Consulté le 20/02/2015]

5.4.4 LE CAS DE L'INTERPRÉTATION RADIOLOGIQUE

Comme nous l'avons déjà explicité, lors de nos observations des RCP, nous avons tenté de rendre notre présence aussi discrète que possible. Dans ces conditions, il est entendu que procéder à des captations audio-visuelles ne constituait pas une des possibilités de l'enquête empirique. Pourtant, comme en témoigne la seconde partie de la thèse, les pratiques interprétatives en général, et l'activité d'interprétation radiologique en particulier, ont retenu toute notre attention durant ce travail. De plus, notre cadre théorique fait également état d'une attention soutenue aux activités interprétatives distribuées, où les travaux de Alač (2011 ; 2008) occupent une place de choix. En effet, la perspective de l'interaction sémiotique multimodale développée par l'auteur offre des ouvertures stimulantes, à l'aide d'un double regard issu de la sémiotique et de la cognition distribuée.

Lors de notre enquête de terrain, nous avons souhaité être en mesure de produire des observables se prêtant à une analyse telle que celle de M. Alač, d'autant plus que l'observation directe nous permettait de vérifier la plupart des résultats de l'auteur, sans pouvoir en rendre compte dans la thèse, faute de captation et donc de production de matériau adéquat. Notre intérêt pour l'activité interprétative radiologique a donc transformé cette difficulté d'accès au terrain en problème, auquel il a été nécessaire d'apporter des solutions.

Solution 1 : Observation à l'Inserm.

La première solution que nous avons mise en œuvre afin d'être en mesure de capter des activités interprétatives radiologiques sur forme audiovisuelle a porté sur l'accès à un nouveau terrain : une unité mixte Inserm. Il s'agit donc d'un environnement et d'un contexte complètement différent de notre terrain principal. Nous y avons passé une demi journée, où nous avons pu procéder à une captation audiovisuelle des différentes pratiques des chercheurs. Ils étaient réunis ce jour-là autour d'un protocole exploratoire relatif à un type de tumeur cérébrale très particulier et très agressif, les glioblastomes, sur le plateau d'IRM fonctionnel de l'unité. Notre observation s'est déroulée en deux phases. Lors de la première, le groupe de chercheurs et le manipulateur radio ont procédé à la production des images concernant un patient participant à l'étude, qui lui était de l'autre côté de la vitre (Figure 5.17).

Dans le cadre de ce protocole de recherche, les chercheurs mènent une investigation visant à rendre visible la façon dont ce type de tumeur revient après le traitement par exérèse. En effet, les chercheurs nous ont exposé le problème de la façon suivante, même si l'on enlève tout, « tout ce que l'on croit voir », la maladie récidive toujours et l'équipe cherche à



FIGURE 5.17 – Ethnographie Inserm : le plateau IRMf

comprendre comment et pourquoi.

Dans la seconde phase de la demi-journée d'observation, nous avons procédé à un autre type de captation audiovisuelle. Dans le cadre d'un autre protocole expérimental portant sur certaines formes de la maladie de Parkinson, un médecin spécialisé en neurologie et imagerie a procédé à la vérification d'images provenant d'une trentaine de patients participants. Lors du protocole où des images spécifiques à l'investigation sont produites, des séquences complémentaires dites « minimales » sont également réalisées. Ces images sont examinées en vue de déceler par la même occasion d'éventuelles anomalies, tant sur les patients *a priori* sains que sur les autres.



FIGURE 5.18 – Ethnographie Inserm

Nous avons donc pris place à ses côtés pour réaliser une captation audiovisuelle de sa pratique, qu'il a qualifiée de « dépistage ». En effet, il ne s'agit pas ici d'une interprétation à proprement parler puisque les images ne sont pas intégrées dans une configuration clinique,

d'une part, et ne sont pas produites en vue d'une lecture spécifique (pas d'injection de liquide de contraste), d'autre part. Nous avons demandé à ce médecin d'essayer de verbaliser ce qu'il faisait, ce qu'il cherchait sur l'écran, et de nous l'expliquer. Dans la capture d'écran de la figure 5.18, il nous explique que pour repérer des anomalies dans le cerveau, il est nécessaire de prêter une grande attention à la symétrie des images : le cerveau étant un organe symétrique, tout ce qui ne l'est pas est *a priori* suspect.

Solution 2 : en entretien avec Anna

La seconde solution que nous avons mise en place pour obtenir un matériau visant à éclairer la question de l'interprétation radiologique a été obtenue pendant la troisième phase de notre enquête empirique. Lors de la phase d'entretiens (Voir 5.4.5, p. 249), nous avons obtenu un rendez-vous avec Anna, la radiologue présente dans la plupart des RCP auxquelles nous avons assisté. Comme celle-ci n'exerce pas à l'hôpital, elle n'y a donc pas de bureau où elle aurait pu nous recevoir. Elle nous a donc proposé de faire l'entretien dans la salle où se tient la RCP.

À la fin de l'entretien, nous lui avons demandé de nous apprendre à voir quelque chose, de nous montrer comment arriver à discerner une forme sur une des images, et de procéder à une captation audiovisuelle que nous sommes engagée à anonymiser. Anna a consenti à notre demande et nous avons pu filmer notre propre initiation rapide au repérage de tumeur, de métastase hépatique, d'hypervascularisation et d'hypodensité sur un scanner.

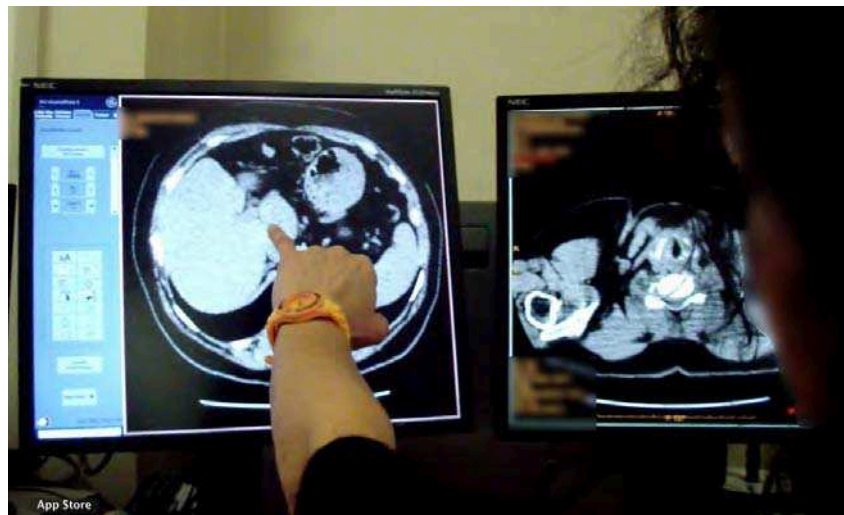


FIGURE 5.19 – Voilà cette dame elle a une tumeur là

5.4.5 ENTRETIENS COMPLÉMENTAIRES

La troisième et dernière phase de l'enquête empirique a consisté en une série d'entretiens menés auprès des médecins participant à la RCP. Cette phase de l'enquête a eu lieu assez tard dans le déroulement de notre recherche. La production tardive de ce matériau empirique est due à différents facteurs. Tout d'abord, nous avons pris conscience pendant la seconde phase de l'étude de l'indisponibilité des médecins, de leur sollicitation permanente au sein de l'hôpital (qui se manifeste d'ailleurs par la survenue d'appels téléphoniques pendant les entretiens, et même pendant la RCP), et de leur planning extrêmement chargé. L'horaire de la RCP, qui se terminait parfois après 20 heures, ne rendait pas possible la tentative d'un entretien à la fin de la séance, et les retards réguliers de chacun des participants rendaient également peu probables l'établissement d'un rendez-vous avant la RCP hebdomadaire. Outre ces contingences d'emploi du temps, nous n'avons pas souhaité procéder à des entretiens que nous aurions considérés comme incomplets *a posteriori*, rendant nécessaire de les solliciter à nouveau ou de nous contenter d'un entretien passant à côté d'éléments essentiels de nos questionnements. Avant de les solliciter, nous tenions donc à être sûre que c'était la seule demande que nous leur présenterions.

Nous avons donc procédé à la préparation des entretiens en les incorporant dans l'approche compréhensive du terrain que nous avons déjà exposée en début de chapitre. La démarche que nous avons entreprise emprunte sa logique à Kaufmann (2004), et la construction de nos grilles d'entretiens a été largement élaborée à partir de l'ouvrage. Les grilles ont donc été pensées comme de véritables supports à la construction d'une conversation pendant les entretiens. Nous en avons construit trois différentes, une par spécialité médicale parmi les enquêtés, dont l'architecture globale et les thématiques étaient par contre quasiment identiques.

Les objectifs de la troisième phase empirique peuvent être regroupés en trois ensembles :

- un de nos objectifs était de vérifier que notre compréhension globale et nos savoirs autodidactes n'étaient pas erronés : beaucoup d'investigations personnelles sans avoir de référent pour nous accompagner dans ces apprentissages peuvent mener à des erreurs et des contresens ;
- nous souhaitions également faire parler les médecins participants au sujet des thématiques de notre recherche, d'objets que nous avons investis mais qui n'étaient pas forcément visibles pour les non-initiés : il s'agissait, dans un autre registre, de comprendre la façon dont ils conceptualisent leurs propres pratiques, afin de mettre ces conceptions en résonance avec celles que nous avons tirées de la littérature ;
- enfin, nous avons voulu leur présenter des situations que nous avons trouvées étonnantes, ce afin de mieux saisir la façon dont ils mettent du sens sur ces événements,

connaître leur interprétation.

La trame globale des entretiens est la suivante :

- préambule : information sur la confidentialité du matériau recueilli ;
- premières questions sur la formation initiale, visant en premier lieu à lancer la conversation ;
- des questions de centrage portant sur les thématiques suivantes : la RCP, la décision, l'imagerie et les signes paracliniques, la clinique, l'EBM ;
- une phase d'approfondissement où il est fait référence à des événements intrigants pour le chercheur, mobilisant certaines des thématiques précédemment traitées ;
- un ensemble de questions conclusives très ouvertes portant sur le raisonnement médical en général.

Après les avoir contactés par courrier électronique, cinq d'entre eux ont accepté de nous recevoir pour un entretien, dont nous avons évalué la durée à environ 45 minutes. Parmi eux, trois médecins cliniciens de la spécialité, Paul, Marie et David, un chirurgien, Serge, et une radiologue, Anna. La première grille que nous avons construite était destinée aux médecins cliniciens. Après l'avoir testée une première fois avec Paul, l'interlocuteur privilégié qui nous a ouvert la porte de la RCP, nous l'avons modifiée de façon mineure et en avons produit deux autres versions, une pour le chirurgien et une pour la radiologue. Les trois grilles figurent dans les annexes 6, p.371 ; 7, p. 372 et 8, p. 373.

6 COMPRENDRE LES RECOMPOSITIONS DU RAISONNEMENT MÉDICAL EN QUESTION- NANT LES DYNAMIQUES DE RATIONALI- SATION

SOMMAIRE

6.1	L'équipement technique de la rationalisation	253
6.1.1	Oncomip à partir des pratiques	254
6.1.2	Oncomip en tant que processus	259
6.2	Des technologies de réduction de l'incertitude	267
6.2.1	Les cas relevant d'une prise en charge « standard »	268
6.2.2	Une anti-casuistique organisationnelle	275
6.3	Conjecturer, faire parler les preuves et les signes	287
6.3.1	Les cas difficiles	289
6.3.2	Conjecturer, lever le doute	301
6.3.3	Évaluer le jugement clinique	313
6.4	Discernement du particulier et discrétisation	319
6.4.1	Technologies d'ordonnancement des signes	320
6.4.2	Pratiques interprétatives : le cas de la radiologie	326

INTRODUCTION AU SIXIÈME CHAPITRE

Pour comprendre et éclairer les recompositions des pratiques délibératives et interprétatives, nous avons composé un cadre théorique attachant une forte attention au milieu technique qui équipe et constitue l'activité, ce afin de rassembler dans un même travail des observables organisationnels distants. Il s'agit ici principalement d'étudier des formes ayant été spatialisées dans un milieu technique, et de suivre la façon dont ces formes techniques sont temporalisées dans les pratiques. Dans le chapitre précédent, nous avons présenté un matériau empirique hétérogène et les choix qui ont présidé à sa constitution. Il est maintenant nécessaire de présenter la construction analytique. L'architecture du sixième chapitre est marquée par l'hétérogénéité du matériau. Elle ne suit pas de fil chronologique dans toute sa longueur, ni de plan analytique standardisé. Nous avons dû procéder à une présentation des différents pans de notre production analytique veillant à ménager un espace correspondant aux spécificités de notre cadre théorique, à celles de notre matériau empirique, aux objets de la recherche, ainsi qu'à l'axe de problématisation de la *probabilité*. Nous proposons pour cela une architecture en quatre sections thématiques, où le milieu technique et les pratiques sont étudiés au prisme de nos objets.

La première section cherche à éclairer ce qui se déroule en dehors et en amont de notre observable principal – la RCP. Dans cette section, nous proposons une analyse de l'équipement technique de la RCP en nous intéressant de façon spécifique à l'outil Oncomip. L'outil est examiné à partir de ses fonctionnalités et de différentes interfaces, ainsi que dans les pratiques d'écriture qui y sont effectuées dans la phase de préparation de la réunion.

Afin de prolonger l'examen du milieu technique, la seconde section examine de façon plus précise une sélection de technologies que nous avons identifiées comme dédiées à la réduction de l'incertitude dans les pratiques délibératives et interprétatives. Ces techniques sont étudiées au prisme de la question des conceptions de la *probabilité* qui y sont inscrites.

La troisième section du chapitre s'intéresse de façon plus spécifique aux pratiques conjecturales. Cette section apporte un nouveau développement à la problématisation de l'analyse par la notion de probabilité en examinant les pratiques de la conjecture et les tentatives de formalisation que nous avons identifiées dans notre matériau empirique.

Enfin, la dernière section du chapitre est consacrée aux pratiques interprétatives radiologiques et aux technologies qui les équipent. Les pratiques de catégorisation et les logiques qui président à l'élaboration des classifications qui supportent ces pratiques y sont analysées de façon à éclairer les dynamiques de rationalisation qui traversent le *discernement du particulier*.

6.1 L'ÉQUIPEMENT TECHNIQUE DE LA RATIONALISATION

Nous avons choisi d'ouvrir ce sixième chapitre en suivant une logique chronologique. Nous traitons dans cette première section des formes techniques qui sont implémentées, informées, renseignées en amont de la tenue de la réunion. Il ne s'agit donc pas ici de s'intéresser directement à l'observable principal mais de commencer à en dessiner les conditions de production en nous attachant à analyser une partie spécifique du milieu technique. Les spécificités qui nous ont amenée à isoler cette partie du matériau tiennent à sa dimension asynchrone, puisque la plupart des opérations que nous sommes amenée à étudier ici sont effectuées dans un autre temps que celui de la réunion de concertation, généralement lors de sa préparation en amont.

Notre attention est ici focalisée sur l'application Oncomip, et les différentes composantes qui gravitent autour de son instanciation dans les pratiques amont. Il s'agit de comprendre la façon dont les cas des patients programmés pour la réunion de concertation vont être spatialisés dans l'application. Il est donc question de la façon dont ce dispositif est alimenté, des différents acteurs qui y prennent part, où nous tenterons de comprendre au mieux les différentes logiques perceptibles dans le matériau que nous avons constitué. Il s'agit ici de développer une analyse des médiations socio-techniques à l'œuvre dans le tissu organisationnel étudié, où l'examen de l'application Oncomip permet d'éclairer une partie des préoccupations de l'organisation, peu visibles dans les observations ethnographiques des réunions de concertation.

La section se compose de deux parties, où Oncomip est successivement envisagé à partir des pratiques de lecture et d'écriture que nous avons pu observer, puis en tant que processus, c'est-à-dire dans sa dimension *organisante*, telle qu'elle est inscrite dans le dispositif technique.

6.1.1 ONCOMIP À PARTIR DES PRATIQUES

Afin de comprendre comment est effectuée cette première forme de spatialisation des situations des patients atteints de cancer, nous avons choisi de traiter dans un premier temps le renseignement de l'application à partir de nos observations ethnographiques de deux demi-journées auprès de la secrétaire Oncomip, Aurore. Comme nous l'évoquions au chapitre précédent en présentant notre matériau (Voir 5.4.2.2, p. 243), ces deux séances d'observations se sont produites dans des conditions assez peu favorables, puisque nous n'avons pas pu procéder à une captation audiovisuelle satisfaisante. Nous avons toutefois pris des notes d'observation, dont l'intérêt nous paraît suffisant pour y consacrer un premier développement analytique.

Pendant nos observations, Aurore a consacré une partie non négligeable des propos qui nous étaient adressés à exposer que l'organisation était défailante, en utilisant des exemples divers et multiples. Dysfonctionnements du réseau téléphonique lors de l'observation, récit de situations de réunions passées avec des supérieurs hiérarchiques, de nombreux éléments ont été conviés en vue de démontrer la dimension critique du travail qui lui incombe, et le peu de considération qui lui est attribué. Ces éléments, potentiellement extrêmement pertinents pour une personne dont l'objectif premier serait d'améliorer le fonctionnement de l'organisation, sont assez éloignés du cœur de notre questionnement.

Cependant, il est important de prendre note de certaines spécificités concernant Aurore qui expliquent l'intérêt que nous avons porté à cette observation. Aurore a 39 ans d'ancienneté dans le centre hospitalier où nous avons conduit notre recherche. Elle occupe le poste de secrétariat Oncomip pour tout l'établissement, ce qui implique une collaboration étroite avec l'ensemble des services. L'ancienneté de notre enquête, et la dimension transversale du poste occupé nous a permis de comprendre très rapidement quelle était la teneur de son activité, puisqu'elle était capable de décrire de façon très précise les différentes tâches de son métier.

6.1.1.1 UN TRAVAIL MORCELÉ : TEMPS, ESPACE, FORMATS

Lors de la création ou de la mise à jour d'une fiche Oncomip, Aurore doit rechercher le patient dans la base de données à partir de son nom. À partir de là, elle peut accéder à la fiche ou la créer. Sur la fiche elle-même, les premiers éléments à renseigner concernent l'identité du patient : nom, sexe, date de naissance. Il s'agit ici de données critiques, auxquelles Aurore nous a dit attacher une attention toute particulière, en raison des possibilités d'erreur sur un homonyme, par exemple, dont les conséquences peuvent être désastreuses pour les patients. Lorsque ces éléments sont précautionneusement renseignés, Aurore doit alors entamer une phase de recherche pour fournir les informations disponibles à l'application Oncomip. Les différentes rubriques de la fiche Oncomip l'invitent alors à consulter des sources d'information variées afin de pouvoir remplir les champs de saisie.

Un des premiers constats que nous avons faits lors de nos séances d'observation réside dans l'éclatement du travail effectué par Aurore. Le morcellement spatial, temporel, physique de son activité est très important. En effet, le travail de saisie qui lui est demandé par l'application Oncomip impose des déplacements multiples entre des lieux, des formats de fichiers, des interlocuteurs, des types de données extrêmement disparates. La dimension temporelle est également à prendre en compte puisque les différents éléments à instruire dans le dossier de cancérologie peuvent également avoir été produits dans des temporalités diverses, et cette dimension peut s'avérer critique, comme nous le verrons lorsqu'il sera question des discussions de cas en RCP.

L'éclatement des sources d'information qu'Aurore est supposée utiliser est liée à l'architecture du système d'information hospitalier. Sans rentrer dans des détails que nous n'avons pas particulièrement fouillés, il est intéressant de relever qu'une partie des tâches effectuées par Aurore consiste à importer des données provenant du logiciel de gestion des dossiers patients du centre hospitalier, Crossway. Elle procède également à la saisie des données provenant de la médecine de ville, pour le cas des résultats d'examens produits en dehors de l'établissement, souvent fournis sur format papier.

Comme on peut le remarquer sur la photographie du poste de travail d'Aurore (Figure 6.1), une grande variété de documents est mobilisée pour la réalisation de son activité. Elle procède donc à la collecte, au tri, à la sélection et à l'intégration des informations médicales des patients programmés pour la RCP qu'elle prépare – parfois en se déplaçant physiquement dans les sept étages de l'établissement et les différents services qu'ils abritent. Ce travail de collecte et de saisie s'effectue donc à partir de sources de formats et de supports diversifiés vers une fiche standardisée, et implique la mise en œuvre d'une certaine forme d'expertise de la part d'Aurore.



FIGURE 6.1 – Poste de travail - Secrétariat Oncomip

En effet, lors de ce travail de saisie dans la fiche Oncomip, nous avons observé des pratiques enchâssées dans un tissu de relations dense et complexe. En restreignant pour l'instant notre propos à l'action située d'Aurore, il est intéressant de souligner que son travail de collecte de l'information dans les différentes sources de données disponibles est orientée vers la satisfaction des attentes des médecins de la RCP – à laquelle elle n'assiste pas. Sa recherche dans l'historique de la maladie sur Crossway porte selon ses propres termes sur « ce qui va les intéresser ». Lorsqu'un élément qu'elle estime digne d'intérêt pour les médecins est identifié, s'engage alors un travail de saisie vers l'application Oncomip, à la fois indispensable et invisible.

6.1.1.2 UN TRAVAIL D'ARTICULATION INDISPENSABLE ET INVISIBLE

Ce travail de mise en relation des différentes sources de données, d'import et de nouvelles saisies retient notre attention principalement en raison des enjeux qui sont soulevés de par la nature de ces données. En effet, les informations médicales manipulées par Aurore sont particulièrement sensibles : outre l'identité du patient, elles concernent également l'identification de la tumeur primitive, son stade anatomopathologique, le codage CIM10 correspondant, etc. Ce sont donc des informations critiques sur lesquelles repose en grande partie les conditions de la délibération à venir. En tenant évidemment compte du contrôle postérieur à la saisie par le médecin référent pendant la RCP, il nous semble cependant que cette première étape de saisie présente un intérêt certain, tant du point de vue du risque induit, que des choix effectués par Aurore et ce qu'ils peuvent nous apprendre de la relation dans laquelle ils sont produits.

Ce « *travail invisible de l'information* », pour reprendre les termes de Denis (2009), mérite donc d'être décrit succinctement à partir de nos notes d'observation. L'investigation menée par Aurore s'effectue à partir des champs de saisie de la fiche Oncomip. La première étape que nous avons pu observer consiste à récupérer l'histoire de la maladie sur Crossway. Il s'agissait d'un paragraphe d'une quinzaine de lignes environ, pour les cas que nous avons pu observer. Ce texte rédigé est copié dans le presse-papiers de l'ordinateur (fonction « copier ») pour être « collé » dans un champ de saisie de texte de la fiche Oncomip, ne correspondant pas du tout à l'histoire de la maladie.

La variété des supports (papier, dictaphone, informatique) est très visible sur la photographie (figure 6.1), mais il existe également une variété applicative se manifestant par un nombre important de fenêtres ouvertes simultanément sur le poste informatique d'Aurore. La stratégie mise en place cherche donc à rassembler sur un même écran le formulaire de destination et le texte source afin de pouvoir procéder au travail de saisie de façon plus confortable. C'est à ce moment là qu'Aurore peut opérer la sélection de « ce qui va les intéresser » et le découpage de ces éléments en fonction de l'architexte de l'application (voir *infra*). Chacune des zones de saisie de l'application donneront lieu à des manipulations similaires, où Aurore retournera vers Crossway ou vers les documents papier présents sur son bureau afin de rechercher, sélectionner et mettre en forme les données demandées par le formulaire.

On retrouve dans les pratiques de notre enquête certaines analyses de chercheurs en sciences de la communication ou en sociologie des sciences et des techniques. Nous citons précédemment les travaux de Jérôme Denis (2009), consacré au « *travail invisible de l'information* », qui est particulièrement pertinent ici. Nous retrouvons en effet des pratiques de

« mise en ordre graphique » de l'information qui, dans notre cas, se produit lors d'un processus donnant à voir la relation entre le milieu technique, le secrétariat Oncomip, et le collectif de médecins de la RCP concernée. C'est dans cette relation que le processus de « mise en ordre de l'information » est produit. En effet, l'« ordre » informationnel est fortement surdéterminé par le milieu technique constitutif des pratiques d'Aurore. Ce processus de spatialisation est également fortement lié à la visée intentionnelle du travail de sélection opéré par notre enquêtée, à savoir le collectif de médecins pour lequel elle l'effectue, afin de produire un objet de lecture cohérent à partir de données dispersées.

Nous retrouvons également une résonance avec certains travaux en sciences de la communication comme ceux de Vacher (1998), et de Mayère *et al.* (2012), où ces pratiques invisibles de collecte, de tri, de mise en ordre constituent le point de focale des chercheurs. Ces travaux relèvent l'importance de ces pratiques – ce travail des « petites mains » de l'information – pourtant invisibilisées dans les organisations. L'importance de ce travail scriptural est soulignée dans ces travaux, par sa dimension de support et de ressource pour l'activité. Dans une mise en perspective récente d'une partie de ces travaux¹, Denis et Pontille (2012) soulignent deux dimensions que nous retrouvons dans cette partie de nos observables : « l'importance de l'engagement corporel des opérateurs, et le rôle des jugements dans la production et le traitement de l'information. Chacune illustre l'épaisseur pragmatique du travail de l'écrit. » (p. 33).

Les observations ethnographiques du travail produit par Aurore nous permettent de nous rapprocher des contributions de ces différents auteurs. Dans notre cas, le travail d'articulation effectué par la secrétaire Oncomip est effectivement un travail de production de la cohérence de l'objet à lire plus tard par les médecins, sous la forme de la fiche Oncomip des patients. Ce travail est intentionnel et avant tout relationnel : c'est le jugement fait par Aurore de ce qui va les intéresser qui guide l'inscription de certaines informations médicales dans la fiche, au terme d'un parcours de collecte effectué dans cette visée intentionnelle, tournée vers le collectif de la RCP.

Loin d'être un « travail en miettes » (Friedmann, 1964), ce travail morcelé est un travail d'articulation et de production de sens. En effet, ces pratiques de collecte et de mise en ordre de l'information visent à la transformation d'un dossier médical de patient, éparpillé sur différents supports et dans différents formats, en un dossier de cancérologie, qui constitue le cœur de métier d'Aurore. Son expertise relationnelle et organisationnelle lui permet de maintenir ce qu'elle juge important dans le processus délibératif à venir, et le structurer de façon à satisfaire le collectif de médecins qui en contrôlera la complétude et la cohérence, et l'architecte d'Oncomip dont nous poursuivons l'analyse.

1. Nous faisons ici référence à l'introduction d'un numéro de la *Revue d'Anthropologie des Connaissances* consacré aux travaux français s'intéressant aux pratiques d'écriture dans un champ similaire à celui des *Infrastructures Studies* anglo-saxonnes.

6.1.2 ONCOMIP EN TANT QUE PROCESSUS

L'examen succinct des pratiques d'écritures liées au dispositif Oncomip dans le cadre de la préparation de la RCP invitent à désormais porter notre attention sur l'application entendue comme processus organisant. Dire cela, c'est faire droit simultanément à deux grands ensembles de travaux présents dans notre cadre théorique que nous articulons pour rendre compte de la dimension organisante du dispositif technique Oncomip. Nous soutenons donc ici que les dynamiques de rationalisation des activités médicales peuvent être utilement éclairées par l'étude des médiations socio-techniques participant à la production de l'organisation.

Tout d'abord, le cadre d'analyse des ACO (Bouillon *et al.*, 2008, Bouillon, 2013) invite clairement à articuler différents *registres* communicationnels empiriques et différentes *dimensions* communicationnelles analytiques, afin de mettre au jour des dynamiques organisationnelles telles que les phénomènes de rationalisation contemporains qui nous préoccupent ici pour le cas des pratiques médicales. Pour cela, nous devons envisager l'équipement technique de la rationalisation, non seulement selon le registre empirique de l'action située des pratiques d'écriture, mais également dans celui de l'application elle-même, qui correspond à la dimension analytique processuelle dans le cadre des approches communicationnelles des organisations.

Procéder à une analyse fine de ce que permet ou favorise un outil en particulier rend nécessaire d'hybrider ce premier cadre avec des contributions issues du champ de la sociologie des sciences et des techniques (STS), ainsi que des sciences de l'information et de la communication (SIC), par l'étude des pratiques d'écriture numérique. Il est maintenant commun dans le champ des STS d'étudier la façon dont les dispositifs techniques orientent voire contraignent les comportements des acteurs (Winner, 1980, Latour, 2006b). En SIC, Jeanneret et Souchier, en particulier, utilisent la notion d'*architexte* pour étudier cette dimension parfois contraignante des interfaces d'écriture numérique (Jeanneret et Souchier, 1999), et ainsi analyser les relations informationnelles et communicationnelles que prescrit le milieu technique participant à la production des pratiques. Il s'agit donc pour nous ici de nous attacher à analyser l'observable Oncomip dans sa dimension processuelle, par la compréhension de l'architexte qu'il constitue.

6.1.2.1 DIAGNOSTIC ET CODIFICATION

J.-L. Bouillon conceptualise la rationalisation comme « *un triple processus intégré d'optimisation, de codification et de justification des activités* » (Bouillon, 2009), où la *codification* désigne la mise en œuvre d'une raison graphique (Goody, 1979). En cela, l'écriture de l'organisation se donne à voir dans les formes scripturales constituant les systèmes de codification qui objectivent les activités professionnelles. Par conséquent, si l'écriture est une condition de la pensée rationnelle (Goody, 1979, p. 102), il convient de nous intéresser aux dispositifs qui cadrent et orientent les pratiques d'écriture de la fiche Oncomip que nous avons décrites précédemment.

Deux outils analytiques sont disponibles pour cela, dans le champ des SIC et dans celui des STS. La juxtaposition des notions de *script* (Akrich, 1987) et d'*architexte* (Jeanneret et Souchier, 1999) permet de mettre au jour les similarités de ces deux approches², mais également leurs différences. En effet, ces deux catégories analytiques impliquent des processus et des objets d'application assez différents. L'*architexte*, en tant qu'« écriture de l'écriture » exerce une contrainte sur les conditions de production de l'écrit. Il cherche à cadrer les formes scripturales en ordonnant l'espace de l'écran pour le structurer d'une certaine façon, en favorisant certaines écritures, en interdisant d'autres. Le *script* en revanche, est une catégorie analytique qui porte sur l'action, qui s'intéresse à la façon dont les artefacts peuvent faire une différence dans le cours de l'action, l'écrire, la mettre en scène.

Script et *Architexte* ne se placent donc pas au même niveau dans le processus global de grammatisation que nous étudions : alors que l'*architexte* se positionne au niveau des conditions de production d'un processus de spatialisation – par la constitution de la fiche Oncomip, le *script* permet davantage de questionner les modalités de temporalisation d'une forme graphique ayant été précédemment spatialisée. En cela, nous nous servons ici davantage de la catégorie analytique de l'*architexte*, qui permet de questionner l'écriture de l'organisation par la production de forme spatialisées telles que le dossier de cancérologie communicant, plus à même d'éclairer les relations informationnelles et communicationnelles inscrites dans le dispositif.

Depuis la version du dossier de cancérologie communicant de 2014, il est possible de personnaliser les champs proposés par l'application, leur ordre, leur présence ou leur absence, selon ce qui apparaît pertinent à la personne qui crée la fiche. Cependant, nous nous intéressons ici aux formes proposées dans les paramètres par défaut. Le premier exemple dont nous

2. Nous avons déjà souligné ces similitudes auparavant, notamment en organisant une journée d'études de jeunes chercheurs « SIC et STS » dans notre université le 25 avril 2014, où cette question a été particulièrement discutée par les différents participants, ainsi que lors d'une journée d'études du groupe « Org & Co », dans une communication portant sur l'usage des algorithmes dans le champ des pratiques médicales (Gout, 2014).

traitions porte sur la *codification* de la maladie du patient, c'est-à-dire du diagnostic général portant sur la catégorie de cancer en question. Cette première forme scripturale qui retient notre attention est également celle qui figure par défaut au plus haut niveau d'information, immédiatement à la suite de l'identification du patient.



FIGURE 6.2 – Affichage du diagnostic

Comme on peut le constater sur la capture d'écran de l'application (Figure 6.2), où nous avons sélectionné ce qui est visible en haut à gauche de l'écran principal d'affichage du dossier du patient, c'est le diagnostic et la localisation de la tumeur qui sont indiqués de façon à caractériser de façon première le cas du patient. À ce stade, nous pouvons déjà affirmer que le diagnostic est la première façon de qualifier le cas du patient. L'état clinique, les résultats d'examens, ne sont développés qu'après dans l'ordre de lecture produit par l'*architexte*. Un élément accolé au diagnostic retient notre attention. Il s'agit du code CIM10, accolé à la qualification de la tumeur discutée.

Pour comprendre comment ce code était produit, nous avons procédé à une saisie de tumeur sur la plateforme de test qui nous a servi à obtenir ces captures d'écran. Lors de cette saisie, un nouveau formulaire est proposé à l'opérateur, où est présentée une arborescence dont la finalité est la sélection d'un élément unique auquel correspond un code CIM10 (Figure 6.3). Cette classification internationale a déjà été étudiée par différents chercheurs. En STS³, une approche généalogique a fait l'objet de trois chapitres entiers de l'ouvrage de Bowker et Star (2004) ainsi que d'un article de Bowker (1996). En SIC, I. Bazet (CERTOP) analyse les relations entre cette classification et celle qui permet de coder les activités soignantes pour les besoins de la tarification à l'acte (T2A) (Bazet, 2015).

Bowker (1996) étudie finement l'émergence de la classification internationale des maladies et son enchevêtrement avec la constitution des États modernes au travers de la statistique. Notre propre observation de cette classification converge avec celle de Bowker, qui relève les similitudes de cette dernière avec les classifications bibliothéconomiques – comme celle de Dewey par exemple – par la mise en place d'une structuration en catégories, qui rappellent également une arborescence phylogénétique (Figures 6.3, 6.4) . La question de la production

3. Plus précisément dans le sous champ des *Infrastructure Studies*, que l'on traduit souvent en français par *Infrastructures Informationnelles*, et qui est encore émergent en France en sociologie et en SIC.

▼ DONNEES DE LA TUMEUR

⚠ Attention : Ne localisez pas ici de métastase.
Ne rentrez que la localisation de la tumeur primitive

Localisation*

Dictionnaire des localisations

Recherche par chapitre CIM10 Cancers Tumeur in situ/bénigne

Recherche par mots clefs

+ DERMATOLOGIE
- DIGESTIF
OESOPHAGE
+ UROLOGIE

	Code	Libelle
<input type="radio"/>	C159	Tumeur maligne de l'oesophage, sans précision
<input type="radio"/>	C150	Tumeur maligne de l'oesophage cervical
<input type="radio"/>	C151	Tumeur maligne de l'oesophage thoracique
<input type="radio"/>	C152	Tumeur maligne de l'oesophage abdominal
<input type="radio"/>	C153	Tumeur maligne du tiers supérieur de l'oesophage
<input type="radio"/>	C154	Tumeur maligne du tiers moyen de l'oesophage
<input type="radio"/>	C155	Tumeur maligne du tiers inférieur de l'oesophage
<input type="radio"/>	C158	Tumeur maligne à localisations contiguës de l'oesophage

FIGURE 6.3 – Incorporation du CIM-10 dans Oncomip

et de l'utilisation des classifications et structures catégoriales fera l'objet d'un traitement approfondi dans la quatrième section de ce chapitre, mais nous relevons déjà ici, en restant à la surface de l'*architexte*, le passage du code – une chaîne de quelques caractères alphanumériques – à la classification où le dispositif Oncomip intègre un système de description et de classement des maladies en structures logiques arborescentes.

CIM-10 Version:2008

Recherche [Recherche avancée] CIM-10 Version – Langues Info

- ▼ ICD-10 Version:2008
 - ▶ I Certaines maladies infectieuses et parasitaires
 - ▼ II Tumeurs
 - ▼ C00-C97 Tumeurs malignes
 - ▶ C00-C75 Tumeurs malignes, primitives ou présumées primitives, de siège précisé, à l'exception des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés
 - ▶ C00-C14 Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
 - ▶ C15-C26 Tumeurs malignes des organes digestifs
 - ▶ C15 Tumeur maligne de l'oesophage
 - ▶ C16 Tumeur maligne de l'estomac
 - ▶ C17 Tumeur maligne de l'intestin grêle
 - ▶ C18 Tumeur maligne du côlon

Tumeurs malignes des organes digestifs (C15-C26)

C15 Tumeur maligne de l'oesophage

Note: On utilisera au choix l'une des subdivisions suivantes:
 .0-.2 selon description anatomique
 .3-.5 selon le tiers supérieur, moyen, inférieur

On a renoncé volontairement au principe de l'exclusion mutuelle des catégories car ces deux types de classification sont utilisés, mais les divisions anatomiques en résultant ne sont pas identiques.

- C15.0** Oesophage cervical
- C15.1** Oesophage thoracique
- C15.2** Oesophage abdominal
- C15.3** Tiers supérieur de l'oesophage
- C15.4** Tiers moyen de l'oesophage

FIGURE 6.4 – Classification CIM-10 correspondante

Ce passage du code à la classification se donne à voir en mettant en perspective le code présent sur la fiche patient (Figure 6.2) et les classifications arborescentes du CIM10 dans son

intégration au dispositif Oncomip (Figure 6.3) et dans sa version en ligne sur le site internet de l'OMS (Figure 6.4⁴). Du point de vue de l'*architexte*, nous relevons qu'il est donc imposé à l'utilisateur du dispositif Oncomip d'utiliser la classification CIM10. Cette intégration dans l'application, implique non seulement un usage contraint, mais également l'établissement d'un lien statistique entre la plateforme régionale et les standards statistiques internationaux produits par l'OMS.

6.1.2.2 AGENCER ET ORDONNER

Le dispositif Oncomip a retenu notre attention dans le cadre de ce travail doctoral, pour deux raisons principales. Tout d'abord en raison de son statut d'outil d'aide à la décision dans les discours accompagnant les politiques publiques de santé⁵, du côté empirique. Dans le versant analytique, c'est sa dimension processuelle qui nous intéresse, principalement lorsque l'outil technique prévoit et pré configure certaines activités informationnelles, communicationnelles, se trouvant au cœur des pratiques professionnelles qui nous préoccupent.

L'analyse de l'*architexte* que nous avons entamée dans cette dernière sous-section nous paraît pertinente. Bien qu'insuffisante, cette stratégie analytique permet de mettre au jour des dispositifs extérieurs à l'organisation de la cancérologie régionale qui sont articulés au sein même de l'application, et nous éclaire sur les logiques qui sous-tendent ces inclusions. Après avoir exposé les mécanismes impliqués dans le travail de saisie d'un diagnostic à l'aide de la classification CIM10, nous exposons ici, de façon plus succincte, trois exemples relevant d'une logique similaire : la documentation de la tumeur primitive, l'état clinique, et le test oncogériatrique. Les deux premiers éléments, de la même manière que le diagnostic, sont placés très haut dans la hiérarchie des informations de la fiche Oncomip, et font appel à des systèmes de codification standardisés. Le troisième élément, le test oncogériatrique, présente un guidage de la saisie par un questionnaire, et produit un score standardisé.

La documentation de la tumeur primitive est une étape capitale de la saisie de la fiche Oncomip. Elle trône également parmi les informations de diagnostic, tout en haut de la fiche et donc du sens de lecture (Figure 6.2). Ici encore, c'est la forme scripturale codifiée qui retient notre attention, à savoir le stade clinique ou anatomopathologique (TNM ou pTNM), dont nous avons déjà présenté les principes de fonctionnement dans le chapitre précédent (5.3.3.1). Nous soulignons l'importance de la présence de cette codification, spatialisée dans la fiche Oncomip de façon à être un des premiers éléments à être lus, pour les raisons suivantes :

- Ce code est produit à partir des différentes « Evidence » à la disposition des médecins, qui peuvent être des signes cliniques et paracliniques, ou encore un examen hisopa-

4. Application disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>

5. Voir présentation du matériau empirique infra 5.3.2

thologique, qui est le seul élément probant, permettant d'établir un diagnostic positif de cancer (Baillet, 2004, UPS, 2008) ;

- Ce code, de la même manière que le CIM10, se situe à l'interface entre différents espaces de pratiques. Il peut être analysé comme un *objet frontière*, selon le vocabulaire de Star (2010). Nous insistons sur une des dimensions que développe l'auteur, où cet objet est « *un arrangement qui permet à différents groupes de travailler ensemble sans consensus préalable* » (p. 20). Ces codifications sont ici des technologies intellectuelles de classification et de codification qui permettent à des groupes professionnels différents (chercheurs, épidémiologistes, praticiens) de désigner des cas de figures similaires à l'aide de termes identiques.

Le second champ qui apparaît dans la fiche Oncomip concerne l'état clinique du patient. Ici encore, l'application a recours à l'intégration d'un système de codification que nous avons également présenté dans le chapitre précédent⁶. Il s'agit du Score OMS (Figure 6.5).

The screenshot shows a patient record for a 47-year-old male (DOB: 05/06/1967). The main diagnosis is 'Tumeur : PANCREAS'. Under the 'Diagnostic du cancer' section, a record from 07/01/2014 is shown: '(Tumeur discutée) Tumeur maligne de la tête du pancréas (code CIM10 : C250)'. Additional details include 'Côté : Droit / Circonstance de découverte : Dépistage individuel' and 'Stade Clinique : T1bN3M0'. Under the 'Etat clinique' section, a record from 04/04/2014 is shown with 'Score : OMS 1' and 'Antécédents associés : Asthme'.

FIGURE 6.5 – Score OMS et état clinique

Lorsque cet élément est saisi, il figure au tout début du bloc graphique dédié à la description et à la documentation de l'état clinique du patient. À l'aide d'un seul caractère, le score OMS opère une synthèse de l'état d'autonomie du patient. Ici encore ce système de codification est mis en valeur dans la spatialisation produite par l'enregistrement de la fiche Oncomip suite à la saisie. La dimension probante qui était présente dans la classification précédente – le TNM, particulièrement lorsqu'il est établi suite à une analyse histopathologique – ne se retrouve plus ici. Le score OMS permet cependant, à l'aide d'une notation standardisée, de coder sur une seule variable quantitative discrète un ensemble très large de réalités vécues par les patients et perçues par les médecins.

Le dernier exemple que nous souhaitons utiliser ici est celui qui concerne le test d'oncogériatrie. Lorsqu'un patient est âgé de plus de 75 ans, l'application invite à renseigner le

6. Voir 5.3.3.2

formulaire oncogériatrie, qui correspond en fait à un outil commun du domaine nommé le G8. La dimension probante n'est pas non plus présente dans cet exemple, mais ce qui a retenu notre attention est tout autre. Le formulaire proposé dans l'application reprend le questionnaire standardisé G8, le dispose sous la forme de cases à cocher (Figure 6.6).

ONCO-GERIATRIE

▶ Le patient a plus de 75 ans, nous vous invitons à renseigner le formulaire oncogériatrie

Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t'il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou déglutition ?

Anorexie sévère

Anorexie modérée

Pas d'anorexie

Perte récente de poids (< à 3 mois)

Perte de poids > 3 kg

Ne sait pas

Perte de poids entre 1 et 3 kg

Pas de perte de poids

Indice de masse corporelle (IMC = [poids]/[taille]² en kg par m²)

Poids = kg Taille = cm

FIGURE 6.6 – Extrait du formulaire G8 intégré au DCC

Ce questionnaire fait partie des méthodes validées par l'INCa, il a fait l'objet d'un développement national⁷. À partir du questionnaire lui-même, et de la consultation du code source de l'application⁸ Il produit là encore une variable quantitative discrète, dont l'évaluation implique une prise en charge spécifique faisant intervenir des professionnels en gériatrie. Concrètement, l'algorithme qui traite les saisies du questionnaire affecte des points en fonction des cases cochées à la variable contenue dans le score. Ce dernier est un nombre compris entre 0 et 17. *In fine*, c'est d'un test binaire dont il s'agit, mais c'est au lecteur du dossier de l'effectuer : l'algorithme écrit, à la fin du formulaire complété, le score obtenu et la façon dont celui-ci doit être interprété (Figure 6.7).

Score = /17 Un score inférieur ou égal à 14/17 doit faire envisager une évaluation gériatrique

FIGURE 6.7 – Affichage du score G8

7. Documents de référence sourcés sur le site web d'Oncomip : <http://oncomip.org/fr/espace-professionnel/oncogeriatrie/prise-charge/depistage-fragilite-test-g8/> [consulté le 01/06/2015].

8. Nous faisons ici référence à une fonction dédiée au calcul du score oncogériatrique, développée dans un langage de script commun dans les applications web (JavaScript), qui permet de voir la façon dont le calcul du score est effectué.

SYNTHÈSE

Les différents aspects et exemples traités dans cette première section montrent, chacun à leur manière, les chemins pris par les processus d'équipement technique de la rationalisation des pratiques informationnelles et communicationnelles relatives au dossier de cancérologie. L'observation des pratiques, puis l'analyse des différents *architextes* que nous avons sélectionnés à l'intérieur de l'ensemble constitué par le dispositif Oncomip nous paraît contribuer à montrer les éléments suivants :

Concernant les pratiques de saisie :

- il existe au sein du réseau Oncomip, et plus particulièrement chez la secrétaire dont nous avons observé l'activité, un *travail invisible de l'information* qui nécessite une expertise importante ;
- cette activité suppose des pratiques de collecte, de tri, de mise en ordre d'informations dispersées ;
- le document produit par la saisie sert de support à la délibération à venir, renseigner le formulaire est donc capital, et repose sur un travail d'articulation permanent orienté vers le collectif local de médecins, alors que le potentiel d'usage est beaucoup plus vaste.

Concernant le dispositif :

- Oncomip s'appuie largement sur ce des *infrastructures informationnelles* qui fonctionnent à la façon des *objets frontière* (Star, 2010). En effet, les codifications standardisées qui sont implémentées dans Oncomip contraignent le travail de saisie en imposant l'usage de ces standards, qui permettent d'articuler le travail de différents groupes sans consensus préalable ;
- les « evidence » – signes cliniques ou paracliniques – demandent à être renseignés dans l'application. Leur valeur probante n'est pas directement accessible dans l'interface mais leur qualification (radiologie, histologie) permet au lecteur averti de l'inférer ;
- la fiche du patient est construite comme un ensemble de données à valeurs discrètes.

Le dispositif que nous avons étudié dans cette section représente dans le cadre de notre travail une première phase temporelle de discrétisation : l'extériorisation des signes qui serviront de support à la délibération dans un cadre graphique contraint met en visibilité ceux qui sont supposés compter, et permet également de faire communiquer différents espaces de pratiques (la recherche et la pratique clinique). Ces éléments ne sont cependant pas suffisants. Pour mener à bien notre enquête, il est nécessaire d'aller au-delà de l'interface pour poursuivre l'analyse des recompositions des pratiques.

6.2 DES TECHNOLOGIES DE RÉDUCTION DE L'INCERTITUDE

Cette nouvelle section marque une première rupture dans le déploiement de l'analyse de notre thèse. Après avoir examiné le dossier de cancérologie communiquant et les pratiques afférentes, il s'agit maintenant de porter notre attention sur d'autres formes de technologies intellectuelles, et donc de nouvelles formes de pratiques associées. Nous procédons également ici à un rapprochement des pratiques médicales à proprement parler, puisqu'il n'est plus question de nous intéresser à des pratiques de saisie, mais bien des processus délibératif et interprétatif auxquels nous avons consacré un développement important dans la seconde partie de la thèse.

Il s'agit ici d'investir le milieu technique « silencieux », ou encore les « infrastructures » invisibles qui équipent la RCP. Nous nous rapprochons des pratiques médicales en partant de formes de pratiques spécifiques que nous avons identifiées pendant nos observations ethnographiques : des cas où il n'y a pas ou très peu de discussion. C'est paradoxalement par ici que nous entamons ce rapprochement des pratiques délibératives et interprétatives, puisque c'est dans cette catégorie de cas que des formes techniques d'aide à la décision interviennent de la façon la plus visible aux yeux du chercheur.

Il est donc question de technologies intellectuelles qui cadrent et équipent les réunions de concertation, et qui prescrivent une conduite à tenir dans ce que les médecins et la HAS désignent comme des « cas standard ». Nous saisissons donc cette prise empirique comme une invitation à explorer dans un même mouvement les techniques organisationnelles qui règlent la RCP et les recommandations du thésaurus de cancérologie digestive. Cet ensemble de technologies vise à améliorer la qualité de la prise en charge et des soins, et constitue une instanciation des principes de l'*EBM* dont nous traçons la présence dans les différentes technologies qui équipent l'activité.

Nous exposons dans un premier temps ce que signifie un « cas standard », et plus particulièrement la façon dont le processus organisationnel d'amélioration de l'activité que constitue la RCP se saisit de cette catégorie de cas pour prescrire des pratiques médicales distinctes. Pour rentrer dans le vif du sujet, nous proposons par la suite d'examiner un cas concret tiré de nos observations, dont le traitement est effectué en moins d'une minute. Il s'agit ici d'examiner ce qu'il advient lorsque nos objets – les *processus délibératif et interprétatif* – deviennent invisibles. Nous terminons cette section en interrogeant les conceptions du *probable* et de l'incertitude qui sont inscrites dans les recommandations, en procédant au « démontage » de l'une d'entre elles.

6.2.1 LES CAS RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE « STANDARD »

La RCP, qui constitue notre observable principal, est envisagée dans notre travail sous l'angle des pratiques, lorsque nous nous intéressons à la façon dont les cas des patients ont été discutés lors de nos observations, mais elle est aussi en tant que dispositif organisationnel, visant à cadrer, formaliser les pratiques. Il nous appartient ici de mettre en parallèle les inscriptions, et questionner leurs velléités de prescription des pratiques, avec les pratiques elles-mêmes. Nous procédons en saisissant la prise empirique d'une forme de pratique qui nous avait particulièrement intriguée tout au long de nos observations empiriques : certains cas étaient traités avec une rapidité surprenante, à tel point que la « décision » nous semblait insaisissable.

Nous mettons donc ici en regard des éléments issus des documents normatifs produits par la Haute Autorité de Santé, les explicitations des médecins auprès desquels nous avons mené des entretiens, et du matériau empirique provenant de nos observations ethnographiques. Le parcours et la mise en perspective de différents registres communicationnels nous permet ici d'articuler des observables distants, et d'approcher les formes de rationalités qui participent à constituer technologies et pratiques.

6.2.1.1 LA RCP : UN CADRE FORMALISATEUR QUI PRODUIT DES CAS « STANDARD »

Nous l'avons souligné à de nombreuses reprises tout au long de ce travail, l'amélioration des pratiques constitue un élément structurant les visées des dynamiques de rationalisation qui nous intéressent. La RCP, envisagée en tant que dispositif de rationalisation organisationnelle, est encadrée réglementairement, mais se traduit surtout dans nos observables par des documents qui visent à cadrer et programmer son déroulement. Outre le dispositif Oncomip, qui cherche principalement à cadrer les flux informationnels qui servent de support aux *processus délibératifs* à venir, il existe des fiches pratiques éditées par la Haute Autorité de Santé, déterminant les objectifs et les conditions de réalisation de ces pratiques.

La fiche correspondante que nous avons retenue est celle qui date de 2006⁹. Le document totalise quatre pages, dont la couverture, qui comporte les mentions suivantes : les logos de la Haute Autorité de Santé et de l'Institut National du Cancer en en-tête, un bandeau portant la

9. Une nouvelle fiche a été publiée en Mai 2014, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf

Cette dernière est structurée très différemment de celle de 2006. Elle précise les conditions de déroulement de la réunion, ses objectifs. Nous ne l'avons pas retenue car elle est beaucoup moins explicite concernant les processus de médiation que ce dispositif constitue, entre les politiques de santé publique et les pratiques médicales.

Les deux versions sont disponibles dans les annexes du document : annexe 2 p. 360 et annexe 3 p. 364.

catégorie du document «Évaluation et amélioration des pratiques», et un encadré précédant le titre de la fiche «Une démarche d'amélioration de la qualité».

L'objectif d'amélioration de la qualité est ici clairement annoncé. Il est également précisé et instancié dans une famille de méthodes dans le corps du document. En effet, la troisième page du document est quasiment intégralement consacrée à l'explicitation de la méthode d'amélioration dans laquelle la RCP est inscrite. La roue de Deming, ou modèle « *Plan, Do, Check, Act* », figure sur le document (Figure 6.8) et chaque étape fait l'objet d'une explicitation de quelques lignes. À partir de cette méthode classique de management datant des années soixante, les explicitations sont instanciées dans les pratiques médicales. Par exemple, pour la première étape de planification, il est précisé : « le médecin organise son activité de façon à participer régulièrement aux RCP (...) et à y présenter de manière exhaustive les nouveaux cas de cancer. »

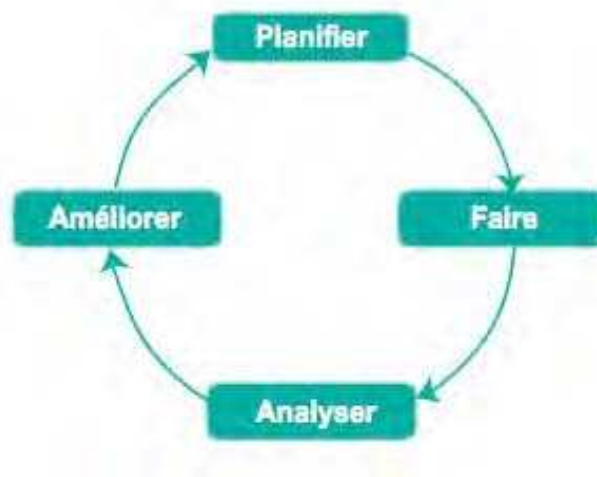


FIGURE 6.8 – Roue de Deming (fiche RCP)

Nous voyons ici un marqueur des dynamiques de rationalisation des organisations de santé, où nous reconnaissons avec J.-L. Bouillon que la redéfinition des processus métier inscrite dans ces technologies intellectuelles relèvent d'une logique gestionnaire (Bouillon, 2013). En effet, pour l'auteur, la roue de Deming, entre autres méthodes, témoigne d'une dynamique spécifique : « *De multiples méthodes managériales apparues depuis deux décennies sont d'ailleurs fondées dans la logique systémique de l'analyse permanente du décalage entre le prescrit et le réalisé, entre les processus décrits et leur mise en œuvre effective afin d'intégrer les rétroactions au fur et à mesure.* » (p. 328). Nous relevons ici encore la présence d'un marqueur convergeant avec le paradigme de l'EBM, où l'intégration d'éléments d'amélioration de l'activité vers un idéal à atteindre, constitue un pilier de la démarche globale.

La quatrième et dernière page du document a également retenu toute notre attention. En pleine page figure une représentation graphique du processus de prise de décision thérapeutique tel qu'il est prescrit en cancérologie (Figure 6.9). La forme que revêt ce schéma nous a en effet interpellée, puisqu'elle correspond parfaitement aux représentations algorithmiques telles qu'elles sont enseignées en sciences informatiques, en vue de représenter le traitement de données numériques par un automate.

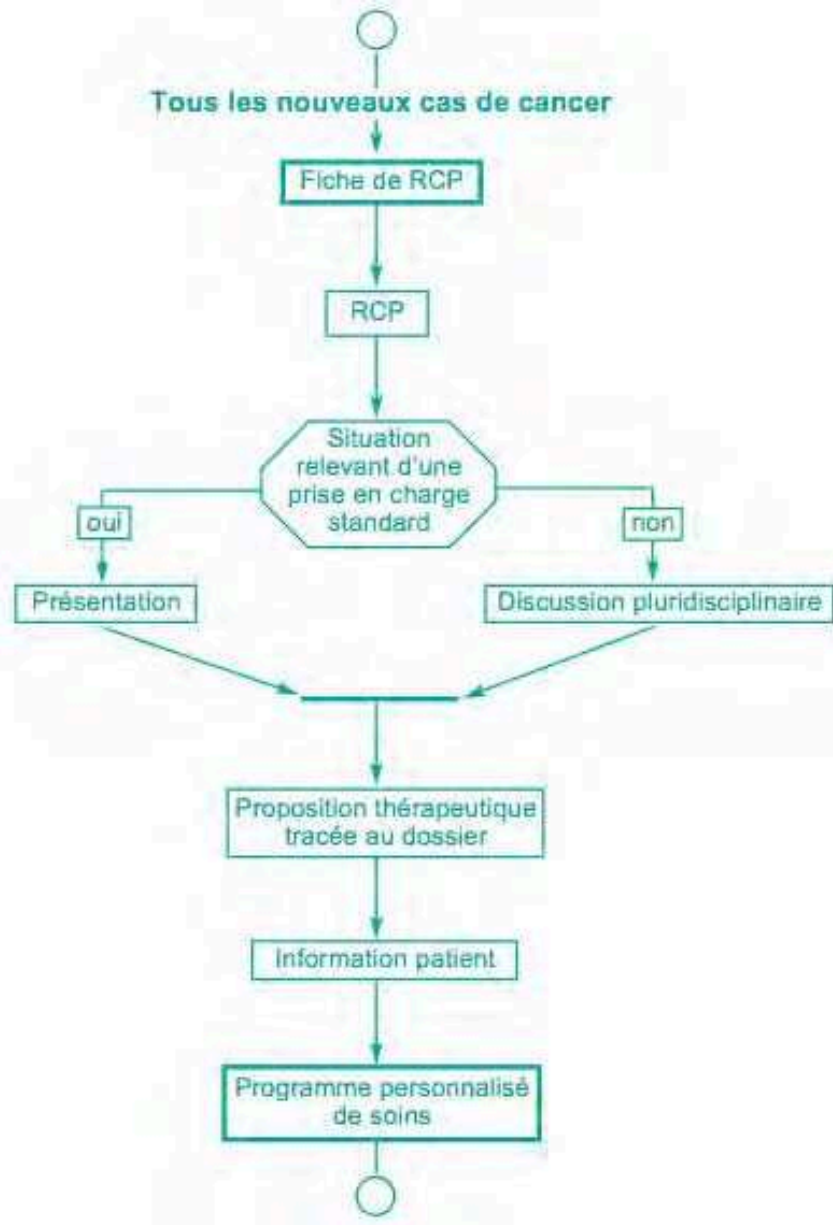


FIGURE 6.9 – « Décision thérapeutique en cancérologie » (fiche RCP)

Ces formes scripturales particulières ont fait l'objet de nombreuses analyses en sciences sociales et en sciences de l'information et de la communication, dont en particulier Jeanneret et Chevalier (2009). Au-delà de l'axiome de base que ces représentations sous-tendent –

stipulant qu'un problème complexe est réductible à un ensemble de problèmes simples – ou des processus de traduction que leur mise en forme et leur mise en place supposent qui préoccupent les auteurs, notre enquête cherche à comprendre quelles formes de rationalité peuvent être inscrites dans cette forme graphique.

Cette forme algorithmique, que nous retrouvons régulièrement dans nos observations empiriques, s'envisage pour nous selon deux catégories analytiques. Tout d'abord, elle relève de la catégorie du *script*, au sens de Akrich (1992), dans la mesure où elle cherche à orienter l'action des médecins en prescrivant des suites d'opérations intellectuelles de façon très explicite¹⁰. Mais elle témoigne surtout d'une *raison computationnelle* au sens où l'emploie Bruno Bachimont (Bachimont, 2010). La forme algorithmique, qui est une représentation spatialisée d'un flux temporel en vue de sa reproduction, implique une relation étroite avec le calcul. Alors que la *raison graphique* spatialise la parole par sa transcription symbolique (Goody, 1979, Bachimont, 2010) – rendant possible certaines opérations comme la catégorisation ou la classification par la forme de la *liste*, par exemple – la *raison computationnelle* permet de nouvelles formes d'opérations, basées sur le *calcul*. Dans cette forme de rationalité spécifique, que nous investissons à la suite de Bachimont, la forme algorithmique y est le pendant de la liste dans la *raison graphique* de Goody. Cette forme constitue une structure spatiale symbolique, qui prévoit le parcours systématique d'un espace de possibles par le *programme*.

Dans le cas de l'algorithme du déroulement de la décision thérapeutique en cancérologie, celui-ci prévoit un traitement très simple, où les pratiques délibératives sont distribuées après l'examen – ou devrions-nous dire le test – d'une variable booléenne¹¹. Le calcul est ici réduit à sa plus simple expression. L'intérêt de la formalisation de cette structure spatiale réside davantage selon nous dans la production d'une catégorie de cas bien spécifique : celle des cas dits « standard ». L'algorithme que nous avons reproduit dans la figure 6.9 prévoit qu'à partir du test de cette variable dans laquelle deux grandes catégories de cas se répartissent, deux types de processus délibératifs se produisent. Lorsqu'il s'agit d'un cas dit « standard », le cas est simplement présenté, alors que dans le cas inverse, le cas du patient doit être discuté. Nous questionnons donc ici ces cas, qui nous avaient étonnée lors de nos observations ethnographiques en raison de la rapidité de leur traitement.

10. Nous écartons ici la catégorie analytique de l'*architexte* pour les raisons précisées dans la section précédente de ce chapitre (6.1.2.1).

11. Il s'agit, en informatique, d'une variable ne pouvant prendre que deux valeurs : 0 ou 1.

6.2.1.2 DES PROCESSUS DÉLIBÉRATIF ET INTERPRÉTATIF RESTREINTS : UN EXEMPLE DE CAS

Pour illustrer ces cas, où les objets de notre recherche viennent à quasiment disparaître, nous proposons ici le court transcript d'un de ces cas de patients, dont nous avons chronométré la durée : 54 secondes.

```
1 Serge : Madame NOM, une tumeur du du colon iliaque ... bilan
    d'extension négatif ... donc je lui ai fait une colectomie
    gauche sur le sigmoïde
2 Anapath : c'est adénoca lieberkuhnien bien différencié infiltrant
    la musculuse pas d'engainement tumoral périnerveux pas
    d'embolie pas de métastases ganglionnaires (inaud.) et heu
    voilà c'est un pT2N0
3 Serge : pT2N0
4 Anapath : ouais
5 David : surveillance
6 David : des faciles encore ?
```

Transcript 6.1 – Un cas rapide

La présentation du cas ci-dessus fait partie des « cas standard » que produit le milieu technique. En effet, la courte narration du cas permet de retrouver dans les recommandations les *inputs* qui serviront à la comparaison de la situation du patient avec la compilation des recommandations de bonnes pratiques. Pour ce cas précis, il suffit de se reporter au référentiel régional pour constater que la *décision* de surveillance produite par les médecins est tout à fait consensuelle. Comme on peut le constater sur la figure 6.10, une première intervention chirurgicale ayant été effectuée, la comparaison de la variable contenue dans le score pTNM suffit à orienter le processus délibératif vers l'inscription de la décision de surveillance.

Nous avons également interrogé des médecins en entretien sur la forme algorithmique que pouvaient revêtir les recommandations, en leur faisant part de notre étonnement concernant la similitude avec les algorithmes informatiques. Outre le fait que le recours à ce type de support ne soit pas systématique dans leurs propos, il ressort principalement de nos échanges que ces spatialisations graphiques ne constituent pas à proprement parler des ressources pour l'action : « on n'a plus besoin (...) Parce que nous on le sait. Par contre pour quelqu'un d'autre qui gère moins souvent cette pathologie il peut y aller. » (Marie). Le savoir qui est représenté dans la forme algorithmique, et ses modalités de mise en œuvre semblent donc intégrés, incorporés par les médecins : « Quand c'est quelque chose que tu fais habituellement, il est naturel ton algorithme parce tu as intégré, tu suis la littérature, les domaines que tu connais bien » (Paul). S'il

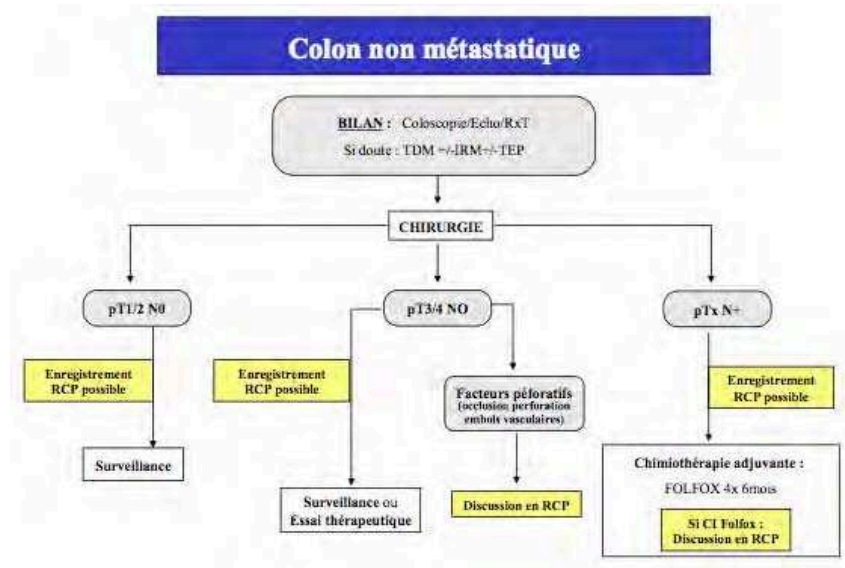


FIGURE 6.10 – Algorithme décisionnel du référentiel régional

ne s’agit pas de ressources pour l’action à proprement parler, puisque ces formes, lorsqu’elles agissent réellement – comme dans le cas développé plus haut – sont intériorisées par les praticiens, il ne s’agit pas non plus d’une contrainte. Il nous paraît davantage pertinent de les considérer comme des inscriptions normatives, de la même manière que les recommandations formalisées par du texte. La différence importante qui réside dans ces formalisations concerne le guidage de la pratique du raisonnement et de la décision qui y sont inscrites de façon très explicite, à l’aide d’opérations logico-mathématiques.

Ces formalisations sont certes constitutives des savoirs et des pratiques des médecins, mais elles témoignent surtout d’une forme particulièrement avancée de « *rationalisation cognitive* », au sens où l’emploie J.-L. Bouillon (2005 ; 2013), spécifiquement dans la mesure où il s’agit ici d’une tentative de codification intégrale des connaissances, et où « *l’enjeu est de réduire la part des connaissances tacites et de les convertir en méthodes explicites et objectives, lisibles et visibles.* » (Bouillon, 2013, p. 40). Cet objectif d’explicitation est tel dans le cas de la formalisation des recommandations par des algorithmes décisionnels, que le langage graphique utilisé se positionne dans un discours scientifique portant des velléités universalisantes.

Le cas présenté plus haut, qualifié de facile par David, l’est également pour des raisons statistiques, d’après les médecins auprès desquels nous avons mené des entretiens : « Tu vois ce que je veux dire, 85% ou 90% des cas qu’on présente c’est toujours la même chose. [...] 90% des cas c’est le pain quotidien quoi, c’est toujours, allez je vais dire il y a une vingtaine de décisions qui sont toujours les mêmes. [...] Donc, 9 fois sur 10 on sait déjà que la décision va être celle qu’on a pris tout seul dans son coin et on la valide. [...] C’est pour ça

que parfois il y a plein de cas qui vont hyper vite, t'as remarqué ? [...] On n'ouvre pas le thésaurus. Et donc, la décision elle est prise en une seconde. » (Paul). La décision relative aux « cas standards » peut être considérée comme une décision quasiment automatique. Un ensemble d'*inputs* déterminé produit un « cas standard », auquel correspond une décision particulière, qui ne se discute pas, mais se présente, tant la décision est évidente pour les praticiens.

La figure du « cas standard » fait donc disparaître les objets de notre recherche. Ici, la dimension prudentielle de l'activité est difficile à percevoir : la rapidité de la délibération est telle qu'il est difficile de lui en attribuer le statut ; l'examen minutieux des conséquences de la décision est absent – il a été produit, ailleurs, dans les « données actuelles de la science », avalisées par les politiques de santé publique. L'objet, bien qu'invisible, nous invite à examiner avec attention ces technologies intellectuelles qui procèdent d'une *rationalisation cognitive* manifeste. Il s'agit alors pour nous de poursuivre l'enquête en cherchant à comprendre les ressorts incorporés dans ces technologies qui participent à constituer les pratiques du raisonnement médical, en procédant à leur *démontage*.

6.2.2 UNE ANTI-CASUISTIQUE ORGANISATIONNELLE

Le titre que nous avons choisi pour cette sous-section appelle une explicitation. La première est relative à notre parcours dans la réalisation de cette thèse. Comme nous l'évoquions dans la conclusion de la seconde partie, à l'issue de la construction des objets de la recherche, l'approche du raisonnement médical que nous avons eue a suivi différentes généalogies, et nous a amenée à examiner les concepts de *signe*, de *preuve*, de *probabilité*, et de façon plus générale l'émergence de la mathématisation du probable, où sont convoqués ces concepts.

Nous l'avons déjà souligné dans le quatrième chapitre, l'ouvrage de Ian Hacking, *L'émergence de la probabilité* a joué un rôle capital dans notre travail (Hacking, 2002). Dans cet ouvrage, Hacking procède à une généalogie de la notion de probabilité, dans le courant du XVII^e siècle. Un tournant de l'histoire de la notion a lieu en 1662, par la publication d'un ouvrage majeur : *La logique ou l'art de penser*, également connu sous le titre de *Logique de Port-Royal* (Arnauld *et al.*, 1662). Celui-ci est produit dans des circonstances très particulières d'une controverse importante opposant les jésuites aux jansénistes, qui, pour le seul volet qui nous intéresse, porte sur l'interprétation des textes religieux et les conduites humaines que ces textes autorisent, dans un contexte d'exhumation et de multiplication des sources disponibles. Dans un tel contexte, quels sont les écrits qui sont *probables*, c'est-à-dire ici autorisés, et que faire en cas de conflit ?

Deux grandes positions émergent alors, avec d'un côté les jésuites et de l'autre les jansénistes : « *On peut résoudre le conflit en diminuant le nombre d'autorités auxquelles on accepte de s'en remettre : on s'en tiendra alors seulement aux Écritures et à la lumière naturelle de la raison. Autrement, on peut tenir compte d'une large gamme d'autorités, mais en choisissant parmi elles au vu des effets moraux et sociaux de la pluralité des doctrines qu'elles soutiennent.* » (Hacking, 2002, p. 54). C'est la seconde option qui reçut la préférence des jésuites, qui les amena à développer le probabilisme théologique, prévoyant qu'en cas de conflit, il était permis de suivre une opinion si elle était *probable*¹², même si une autre opinion l'était davantage. Ce mode de résolution des conflits – la casuistique – laisse donc un espace important d'interprétation et de choix parmi les autorités dignes d'approbation.

Cette doctrine fut tournée en dérision par les jansénistes, et particulièrement par Antoine Arnauld, Pierre Nicole et Blaise Pascal depuis leur enclave de Port-Royal. En effet, pour le courant janséniste, la casuistique proposée par les jésuites est d'un relativisme et d'un laxisme intolérables. C'est dans la *Logique de Port-Royal* que leur proposition alternative sera développée, et permettra de donner une conception du *probable* renouvelée. Cet ouvrage amène deux innovations majeures : il s'agit du premier écrit proposant une *mesure* de quelque

12. Il faut entendre ici le terme *probable* comme faisant référence à une opinion étayée par le témoignage et l'autorité (*Ibid.*).

chose baptisé *probabilité*; et l'ouvrage est l'un des premiers à marquer la distinction entre le témoignage et le fait, c'est-à-dire la pièce à conviction, ou encore l'*evidence*.

Ainsi, nous avons investi ce vocabulaire et ces concepts afin de qualifier de façon spécifique ce que nous voulions analyser dans les dispositifs normatifs qui prescrivent un idéal de pratique à atteindre. Ils sont inscrits de la même manière dans le paradigme méthodologique promu par l'*EBM*, mais également dans les dispositifs législatifs et organisationnels qui encadrent et règlent les pratiques. L'attention que nous avons accordée aux concepts de *preuve*, *signe*, et de *probable* pendant la construction de nos objets nous a amenée à penser le parallèle que nous proposons ici, en réexaminant nos observables à la lumière de l'émergence de la probabilité. Pour nous, le syntagme d'*anti-casuistique organisationnelle* fait alors référence à la stratégie inscrite dans ces dispositifs de rationalisation produits par les autorités de santé publique – équipées de l'*EBM* – en vue de réduire l'incertitude inhérente à la pratique de la médecine, mais également en vue de réduire l'hétérogénéité des pratiques sur le territoire national.

D'un point de vue empirique, l'analyse porte sur deux observables spécifiques, qui instrumentent l'action publique en s'appuyant sur différents sous-ensembles des sciences médicales. Nous proposons donc ici l'examen successif de la question de l'administration de la *preuve* dans les pratiques délibératives en cancérologie, puis nous procéderons au « démontage » d'une référence de bonne pratique issue du thésaurus.

6.2.2.1 LA PREUVE HISTOLOGIQUE

La *preuve* histologique (ou anatomopathologique)¹³, en cancérologie, est relative au diagnostic. Elle est produite à partir d'un prélèvement du tissu que l'on souhaite analyser. L'analyse histologique n'est pas réalisée de façon systématique, il s'agit d'un examen invasif. Pour qu'elle soit justifiée, elle fait suite à différents examens rendant le diagnostic de cancer très probable (état clinique, imagerie, ...), mais sans en produire la *certitude*. Nous sommes donc ici dans l'espace du raisonnement médical, mais plus précisément dans sa dimension diagnostique : il s'agit de produire un diagnostic *positif* de cancer.

À ce sujet précis, nous nous reportons au cours de cancérologie de l'université Pierre et Marie Curie (Baillet, 2004). Le chapitre portant sur le diagnostic du cancer expose le déroulement du processus diagnostique, précise les « signes révélateurs », les co-occurrences de grandes familles de signes qui pris individuellement ne seraient pas suffisants pour peser sur le diagnostic (par exemple la présence d'une tuméfaction lorsque plusieurs cas de cancer sont avérés dans la famille du sujet). Ces éléments ne sont pour l'auteur que des « arguments en faveur du diagnostic ».

L'histologie, elle, est affectée à une autre catégorie : les « arguments de certitude ». Pour l'auteur : « Ils sont histologiques ou cytologiques à la suite de biopsies au bistouri, de biopsies à l'aiguille, ou de ponctions à l'aiguille fine. Ils reposent sur l'aspect malin des cellules et l'envahissement des tissus normaux. Ils permettent la certitude médicale et précisent la variété, notion utile pour le pronostic et le traitement. Enfin l'intérêt est également médical. ». Nous soulignons au passage la double dimension de la *preuve* qui figure dans le cours. Cette dimension probante n'est bien entendu pas cantonnée aux supports pédagogiques. Sans verser dans la multiplication de sources concordantes, citons toutefois le site Web de l'Institut National du Cancer, qui dans ses pages explicatives à destination du grand public stipule que : « *C'est l'examen anatomopathologique qui permet d'établir de façon définitive le diagnostic de cancer. On parle alors de preuve histologique.* »¹⁴

Nous pouvons donc dire que cette notion de *preuve* histologique est à la fois présente dans les contenus scientifiques (reproduits par les supports pédagogiques), et dans les discours institutionnels. Il convient également de discuter ici du statut qui est conféré à ces données dans les pratiques de notre terrain. Cette dimension probante se retrouve dans les propos de nos enquêtés, mobilisant des termes forts comme *preuve*, *fondamental*, *la base*. En

13. L'histologie s'intéresse à la morphologie des tissus, la cytologie à celle des cellules. Ces différents procédés sont effectués par les anatomopathologistes, qui examinent les prélèvements biologiques en les déposant sur des lames et en les observant à l'aide de microscopes.

14. Ressource en ligne accessible à l'adresse : <http://www.e-cancer.fr/en/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/le-diagnostic/lexamen-anatomopathologique> [Consulté le 12/06/2015].

effet, pour Paul, « Quand tu fais une biopsie d'une tumeur, et qu'un médecin qui regarde, qu'on appelle des anapaths, regarde le morceau au microscope, c'est lui qui donne la preuve que cette tumeur est de tel type. Et que c'est une tumeur, maligne, et pas une tumeur bénigne et que c'est de tel type de tumeur. ». Ce dernier présente aussi spontanément une autre dimension de la *preuve*, présente dans cet objet spécifique : « c'est surtout si il y a un problème, une plainte, j'sais pas, quelque chose, en disant "ah quoi ce dossier euh, vous faites de la chimiothérapie, elle est où l'anapath ?" ». Dans ce contexte précis, elle remplit une autre fonction, c'est le « tampon de certitude de ne pas faire de chimio à quelqu'un qui n'en aurait pas besoin » (Paul). Du côté des pratiques paracliniques, la radiologue de notre terrain que nous interrogeons sur les statuts respectifs de l'imagerie et de l'examen anatomopathologique le consent : « la preuve diagnostique c'est quand même l'anapath » (Anna).

Nous proposons de nous reporter aux différents statuts du signe que nous avons présentés dans le quatrième chapitre, sur cette même question de la dimension probable du signe. En sémiologie médicale, l'examen anatomopathologique produit des signes paracliniques, au même titre que l'imagerie radiologique par exemple. Si l'on examine la dimension *probante* de ces signes paracliniques bien précis, dans le cas du processus diagnostique de cancer, au regard de la distinction aristotélicienne¹⁵ entre *tekmerion* et *semeion*, qui sont également repris dans la *Logique de Port Royal*, on y relève une opposition importante entre ce que nous pourrions appeler signe *probant* et signe *probable* : « il y a des signes certains qui s'appellent en grec *tekmeria*, comme la respiration l'est de la vie des animaux ; et il y a des signes qui ne sont que probables et qui sont appelés en grec *semeia* comme la pâleur n'est qu'un signe probable de la grossesse des femmes. » (Arnauld *et al.*, 1662, p. 46). Comme nous le précisons dans le quatrième chapitre – en nous appuyant sur la lecture de R. Barthes de cette distinction – la constitution d'un signe en *tekmeria* repose sur des connaissances communément partagées, qui sont *évidentes* – au sens français. Le parallèle est ici très parlant, au vu de la fonction de *preuve* qui est attribuée à cette catégorie très particulière de signes paracliniques, qui paraît tout à fait plausible au regard du développement des sciences biomédicales dans la construction progressive de la médecine en tant que science positive (Voir 4.2.2).

Si l'on poursuit ce parallèle en prêtant attention à la lecture que fait Ian Hacking de la *Logique de Port Royal*, un élément complémentaire mérite notre attention. Comme nous l'évoquons dans l'introduction de la sous-section, l'ouvrage fait intervenir pour la première fois la mathématisation du probable, mais il est également l'un des premiers à conférer la *parole* aux faits. Avant la Renaissance, une opinion était *probable* sur la base de la confiance

15. Nous avons présenté cette distinction dans le quatrième chapitre à partir de la lecture de R. Barthes (1970) (Voir 4.4.2).

dans une autorité qui l'émettait. À partir de la *Logique*, on accorde également une importance au fait lui-même¹⁶, c'est-à-dire que lors de l'instruction d'un cas, les témoignages ne sont plus les seuls éléments qui seront pris en compte, les faits peuvent témoigner de la même façon que les personnes. Plus précisément, alors qu'ils sont constitués en tant que signes, ils vont pouvoir indiquer, relier des ordres de réalité distincts et distants, c'est-à-dire *inférer*.

À partir de la constitution de ces signes paracliniques en *preuves*, les pratiques du raisonnement médical en cancérologie tiennent nécessairement compte de cette prise permettant de relier le cas du patient et la maladie. C'est principalement en cela que la *preuve* anatomopathologique est essentielle : « l'anapath, c'est la base en fait, l'analyse anapath, elle va... En fonction de l'anapath, toutes les décisions vont être prises. C'est-à-dire que, un cancer par rapport à un autre, il n'a pas un type de chimio pareil. Suivant comment c'est profond, ça va avoir la chimio adjuvante ou pas, ou la surveillance. C'est un pronostic. Parce que par exemple, un cancer qui va avoir plusieurs ganglions, on a envie de le surveiller de plus près que l'autre parce qu'il a un fort risque de récurrence. Donc l'anapath c'est la base. » (Marie). Le signe probant, ici, permet d'articuler le diagnostic et le pronostic, c'est-à-dire le présent et le futur du cas qui est instruit dans le processus délibératif.

Mais la *preuve* anatomopathologique joue également le rôle d'un *objet frontière*, comme nous l'avons exposé dans la première section (Star (2010), voir 6.1.2.2) : « l'anapath est très important pour savoir quel traitement on va faire. Donc euh, dans le Thesaurus, où il y a différents traitements en fonction des types de tumeur qu'on va avoir, donc, euh, et donc l'anapath c'est fondamental pour savoir euh de quel type de traitement on va faire, hein » (Serge). Cette forme de signe particulière est donc essentielle à la production du raisonnement médical en cancérologie : on peut la faire témoigner en lui conférant une fonction probante, mais elle permet également d'articuler le discernement du particulier et les technologies intellectuelles de rationalisation des pratiques qui figurent dans le thésaurus.

16. La *Logique*, pour juger de la vérité d'un événement, préconise de prêter attention à deux formes de circonstances qui l'accompagnent, intérieures et extérieures. Comme l'expose Hacking : « Les circonstances "intérieures" de l'événement sont celles qui ont trait à la place de l'événement dans la nature – à savoir si c'est le genre de chose qui tend à se produire. Les circonstances "extérieures" sont "celles qui regardent les personnes par le témoignage desquelles nous sommes portés à le croire". [...] La notion de probabilité ne devint possible que lorsque les signes furent transmués en éléments d'évidence intérieure » (Hacking, 2002, pp. 120-121).

6.2.2.2 RECOMMANDATION ET *preuve* STATISTIQUE

Tout au long de cette thèse, nous avons évoqué à de nombreuses reprises les recommandations de bonnes pratiques, les références thérapeutiques compilées dans le *thésaurus*. Le volet analytique que nous y consacrons ici opère un premier déplacement par rapport à l'observable précédent : notre objet de recherche, le raisonnement médical, n'est plus envisagé dans sa dimension diagnostique mais dans sa dimension thérapeutique¹⁷. En tant que composante essentielle du milieu technique qui équipe à la fois les pratiques professionnelles et les dynamiques de rationalisation, cette catégorie d'observable mérite un examen particulier.

Les recommandations, et le thésaurus qui les contient, constituent pour nous la pierre angulaire de l'*EBM* telle qu'on peut la *tracer* dans les pratiques. En effet, l'équipement des pratiques promu par l'*EBM*, prévoit de disposer des meilleurs *evidence* disponibles pour les mettre en œuvre dans le traitement des patients (Voir 1.3 et Sackett *et al.* (1996)). Il convient donc de nous intéresser successivement aux formes de spatialisation qui ont présidé à la production de ces savoirs et leur institutionnalisation, puis à des éléments issus de notre enquête ethnographique relatifs à ces recommandations.

L'*EBM* promeut un usage des meilleures « données actuelles de la science » dans les pratiques, et c'est de cette façon que ce paradigme est instancié dans les politiques publiques que nous avons approchées. Dans ce contexte, la lecture française de l'*EBM* traduit le terme *evidence* par *preuve* : c'est un choix particulier que nous souhaitons discuter, et ce choix a également des conséquences importantes dans la constitution du milieu technique. Il convient donc de nous interroger maintenant sur les modalités de constitution et d'administration de cette *preuve statistique* à partir des recommandations figurant dans le TNCD.

Commençons par nous référer à la traduction des principes de l'*EBM* par le service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS¹⁸. Dans ce dossier de plus de 90 pages, différents systèmes d'évaluation des niveaux de preuve des essais thérapeutiques sont comparés, différentes stratégies de production et de gradation des recommandations sont explicités, et il en est de même pour les « recommandations pour l'élaboration de recommandations ». Retenons tout d'abord de ce document que pour la HAS, une recommandation avec une gradation élevée correspond à une étude avec un fort niveau de preuve : « une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve » (p. 7). Comme nous l'avons déjà souligné dans les chapitres précédents,

17. Il existe des recommandations de différentes sortes : diagnostiques, thérapeutiques, de bon usage des examens complémentaires ... Mais celles que nous avons principalement vu agir pendant notre observation ethnographique sont d'ordre thérapeutique et concernent les stratégies de prise en charge des cas de cancer.

18. La HAS a publié un document nommé « État des lieux - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique » en juin 2013, accessible en ligne à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

un niveau de preuve élevé désigne des études de type randomisé double aveugle à forte puissance. Ce *Gold Standard*, tel que décrit par Timmermans et Berg (2003), cherche donc – à partir d’une méthodologie reconnue pour sa robustesse par les professions médicales, statisticiennes et biomédicales – à produire des relations de causalité entre une hypothèse thérapeutique expérimentale et un traitement (en comparant avec un traitement standard alternatif ou un placebo). Si l’on se souvient bien de l’apport des travaux de H. Marks (1999), cette stratégie est issue d’une méfiance importante envers les promoteurs de médicaments, et cherche à en établir l’efficacité en réduisant le plus possible les biais d’expérimentation qui pourraient exister dans le déroulement des essais. Ces objectifs sont encore visibles ici sous la forme de la supériorité de la randomisation par rapport à d’autres méthodes de composition de l’échantillon statistique.

Pour aller un peu plus loin dans l’analyse de ces recommandations, il est nécessaire de rentrer davantage dans le détail afin d’examiner les choix qui ont été opérés dans la mise en œuvre statistique de l’étude. Alors que nous cherchons à qualifier les formes de rationalité inscrites dans le milieu technique par l’examen des conceptions du probable que l’on peut trouver dans les savoirs et pratiques médicales, nous nous référons à un chapitre d’ouvrage de référence en philosophie de la médecine de Teira (2011), que nous mettons en perspective avec une des recommandations du TNCD. Les méthodologies statistiques du *Gold Standard* étant principalement issues de tests d’efficacité de produits chimiques dans des situations pathologiques comparables, nous avons sélectionné une recommandation concernant une chimiothérapie (Figure 6.11).

2.3.3. Traitements néo-adjuvants et adjuvants

- La chimiothérapie péri opératoire des formes résecables est une **REFERENCE (recommandation : grade A)**. L’efficacité de cette stratégie est démontrée par deux études randomisées (Cunningham 2006, Ychou 2011). Les chimiothérapies utilisées sont l’association Épirubicine-Cisplatine-5FU (ECF) dans l’étude anglaise et 5FU-Cisplatine dans l’étude française. La survie sans maladie et la survie globale sont significativement allongées par la chimiothérapie péri-opératoire. Le bénéfice semble s’appliquer à toutes les tranches d’âge et d’état général, aux 2 sexes, et à toutes les localisations. Aucune étude de sous-groupes concernant le stade, le type histologique ou le nombre de cures réalisées n’est disponible. La majorité des patients inclus dans ces deux études ont des stades avancés (T3-T4 57%, N+ 66% à 71%). Ces publications justifient la recommandation de présenter les malades en réunion de concertation multidisciplinaire dans la période préopératoire.

FIGURE 6.11 – Recommandation de grade A - Cancer de l’estomac

Cette recommandation est une référence, c’est-à-dire que lorsque l’opérabilité du patient est établie (Voir *supra*), les *preuves* affirment que la meilleure stratégie est de programmer une chimiothérapie péri-opératoire, à base des produits chimiques mentionnés (le choix est ici ouvert : 5FU-Cisplatine, ou ECF). Cette référence est établie en citant deux sources de la littérature scientifique que nous nous sommes procurées (Cunningham *et al.*, 2007, Ychou

et al., 2011). À partir de là, il nous est possible de vérifier l'analyse produite par Teira (2011) relative aux conceptions de la probabilité qui sous-tendent les méthodes statistiques utilisées.

L'auteur démontre, en une dizaine de pages très denses, l'enracinement de la plupart des essais cliniques randomisés dans le paradigme fréquentiste. Il effectue cette démonstration à l'aide de la présence de différents outils statistiques, et l'interprétation fréquentiste du probable que ces outils incorporent. Nous proposons de les présenter de façon synthétique et de vérifier leur présence dans les deux articles scientifiques qui supportent la recommandation de la Figure 6.11.

Le raisonnement statistique qui est à l'œuvre dans les essais cliniques randomisés cherche à produire la démonstration de l'effet causé par un traitement en particulier. Pour cela, la méthodologie prend pour base l'épistémologie popperienne selon laquelle on ne peut pas prouver la validité d'un énoncé scientifique, on ne peut que le réfuter, le « falsifier » selon les termes consacrés. En cela, la scientificité d'un énoncé tient à sa capacité à se mettre en position de falsifiabilité, et donc de reproductibilité. À partir de là, le raisonnement statistique est le suivant : pour prouver la supériorité de l'hypothèse avancée, il est nécessaire de concevoir un dispositif expérimental où l'on considère que deux alternatives thérapeutiques sont équivalentes, et les administrer à deux ensembles d'individus aux caractéristiques semblables. Or, pour pouvoir effectuer cette démonstration, il est nécessaire de prendre en compte le fait que chaque individu est singulier, et que la réponse observée au traitement que l'on cherche à évaluer a donc une variabilité importante autour de la moyenne que l'on cherche à construire pour valider la réponse empirique au test de l'hypothèse.

Pour pouvoir effectuer cette opération de production de causalité, il est nécessaire d'avoir recours à différentes techniques statistiques. En suivant Teira, nous portons notre attention sur trois d'entre eux : la randomisation, le test de significativité ou *p-value*, et l'intervalle de confiance. Avant de les détailler, précisons¹⁹ que, dans le paradigme fréquentiste ou « objectif », la probabilité cherche à mesurer la fréquence d'occurrence d'un événement lorsqu'il peut être reproduit à l'identique, de façon indépendante, un grand nombre de fois, afin de dégager une loi de probabilité. L'exemple du jet de dés constitue une figure emblématique de l'application de ce type de probabilités.

Concernant les techniques statistiques, la randomisation, tout d'abord, constitue une méthode de design expérimental. Si l'on prête attention aux précisions que nous venons de faire à propos du paradigme fréquentiste, il est assez clair que cette méthode en relève. En effet, la randomisation des échantillons statistiques est une méthode visant à réduire les biais de sélection et donc dans le même mouvement de produire des occurrences à paramètres

19. Suite à ce que nous avons exposé dans la conclusion de la seconde partie de la thèse.

comparables. Le double aveugle et le groupe test recevant un placebo (ou un traitement standard) milite dans le même sens : on cherche à obtenir des événements indépendants et comparables. Concrètement, dans le paradigme fréquentiste, on suppose que les individus sont des réalisations particulières d'une même loi, et qu'ils ont la même variabilité. Le fait de produire deux échantillons comparables et indépendants auxquels on va administrer deux traitements différents montre donc que l'on cherche à mesurer l'effet, c'est-à-dire établir une causalité, de la seule variation (présumée) entre les deux échantillons : le traitement.

Les deux autres techniques, la *p-value* et l'intervalle de confiance, ne se positionnent pas de la même manière : il ne s'agit pas de produire une relation causale, mais de renforcer la solidité d'une co-occurrence de faits. La *p-value* cherche à mesurer la probabilité de la validité de l'énoncé selon lequel l'hypothèse testée est écartée. Par exemple, pour une valeur de *p* de 0.05, il est possible de dire que si l'on rejette l'hypothèse testée, cela est vrai dans 95% des cas. Cette valeur mesure la justesse du modèle, et les données expérimentales sont modélisées comme des réalisations singulières de variables aléatoires sur un grand nombre d'événements. Ici encore, nous retrouvons une marque de la conception de la probabilité relevant de l'approche fréquentiste.

La dernière technique, l'intervalle de confiance, cherche à mesurer la justesse lors de l'estimation d'un paramètre. Ici on prolonge la technique de la *p-value* pour l'étendre. Alors que la *p-value* s'applique à un paramètre binaire (succès ou échec de la réalisation de l'hypothèse), l'intervalle de confiance cherche à estimer la variabilité de l'estimation d'une grandeur particulière, qu'on cherche à positionner dans un intervalle numérique. La méthode permet d'estimer les deux bornes – haute et basse – de l'intervalle. Nous retrouvons également ici une conception fréquentiste de la probabilité, où la variabilité doit être saisie dans un intervalle de mesure de la survenue d'un événement gouverné par une loi de probabilité que l'on cherche à approcher de la façon la plus précise possible.

Ces éclairages relatifs aux formes de mathématisation de la probabilité qui sont implémentées dans la production des recommandations de grade élevé montrent ici encore la prégnance du modèle galiléen de production des savoirs dans le champ de la médecine. La dynamique de développement de la profession à partir d'un mode de connaissance scientifique, se donne ici à voir dans les logiques à l'œuvre dans la production des relations de causalité, qui se situent dans un paradigme fréquentiste du probable, où la probabilité « *s'applique aux lois stochastiques des processus aléatoires* » (Hacking, 2002). La production des recommandations thérapeutiques de gradation élevée est donc effectuée sur le modèle des sciences de la nature, et est donc en opposition avec la dimension prudentielle qui se retrouve pourtant dans l'exercice de la profession, dans les pratiques cliniques.

Les recommandations et le thésaurus ont été abordés à de nombreuses reprises lors de notre enquête de terrain. Pendant les RCP, mais également pendant les entretiens, souvent de façon spontanée. Nous soulignons en particulier la phrase d'un des médecins pendant une des réunions, à notre attention : « de toutes façons, tout ce qu'on fait, c'est dans le thésaurus », où le clinicien se voyait appliquer des solutions thérapeutiques à des cas, de façon mécanique, ce qui rendait notre présence inexplicable à ses yeux. Nous relevons également, en entretien : « Donc, les RCP, le fait qu'on a un Thésaurus, c'est-à-dire qu'on a des recommandations assez strictes concernant toutes les pathologies fait que c'est beaucoup mieux pour les patients et pour nous aussi. Ça devient beaucoup plus clair. Même s'il y a encore des, y'a toujours des pathologies ou des cas qui sont plus difficiles. En gros, c'est plus clair qu'avant. » (Serge), où le chirurgien souligne le rôle de ressource que jouent les recommandations lors du processus délibératif. Nous y percevons également une forme d'attente des progrès de la science, qui permettraient d'éradiquer les cas qui sont « encore » difficiles.

Enfin, en entretien avec Paul, lorsque nous avons abordé ensemble la question du thésaurus et des recommandations, ce dernier a utilisé une métaphore qui nous a particulièrement intéressée :

PAUL : Et puis comme tu as vu, c'est très, c'est très formel, puisque on a notre Bible de la fédération française de cancérologie digestive

E : Le Thésaurus ?

PAUL : Le Thésaurus de cancéro digestive, ça existe pour d'autres spécialités, et c'est voilà, il y a ça dans toutes les spécialités hein, que ce soit virologie, que ce soit, voilà, y'a des des consensus qui changent avec le temps et qui en général, sont mûrement réfléchis et sont adaptés à l'évolution des techniques avec le bénéfice, le risque et puis en général, la plupart des gens civilisés suivent ces consensus, quoi

E : Ce qu'il y a dans la Bible ? C'est amusant que tu utilises ce terme en fait

PAUL : Mais c'est un peu la Bible, oui c'est ça, c'est un peu, oui bon

E : Tu sais les textes, ça s'interprète

PAUL : Les textes ça s'interprète, c'est sûr que ça s'interprète. Tu as vu combien parfois on interprète les textes surtout quand on est en deuxième ligne, en troisième ligne où là on est un peu

plus dans ... il n'y a pas beaucoup de preuves. On peut, ça peut conseiller. Autant il y a des trucs qui sont hyper simples en début de traitement, les choses sont assez simples.

Nous avons ouvert cette sous-section en explicitant son titre, choisi en référence à une controverse de théologie morale, dont la *Logique de Port Royal* est une des réalisations, nous souhaitons la terminer en y revenant succinctement. Afin de réduire l'incertitude, nous avons montré que les différentes technologies examinées ici produisent deux formes de *preuve*. La première, histologique, permet de produire un diagnostic positif et est constituée par un *tekmerion*, un signe avec valeur de preuve. Celui-ci permet d'inférer le diagnostic de la maladie et d'orienter le raisonnement au sein du savoir médical, où la maladie se caractérise par la connaissance d'un ensemble de phénomènes reliés par des liens de causalité. La seconde forme de *preuve* est statistique, et se positionne dans un ensemble épistémologique popperien, se donnant à voir au sein des techniques probabilistes par une marque forte du paradigme fréquentiste. Ce type d'approches, dites « objectives », suppose que les variabilités singulières s'effacent lorsque le nombre d'occurrences d'un test augmentent de façon importante, et permettent de dégager des lois de probabilité générales. Sans contester la pertinence et la justesse de ce type d'approches, qui fonctionnent très bien dans la mesure de probabilité d'événements aléatoires comme les lancers de dés par exemple, il convient de souligner que celles-ci sont tendues vers la mise au jour de modèles, et que ceux-ci ne cherchent pas de façon explicite à prédire ce qu'il advient concernant un cas particulier, contrairement au paradigme épistémique. La production de ces deux formes de preuves discutées ici nous éclaire quant aux conceptions qui sont inscrites dans les techniques de réduction de l'incertitude. En effet, dans ces deux formes, il n'y a pas de véritable place qui soit laissée à *l'interprétation des textes* évoquée dans le paragraphe précédent avec Paul. Si l'on se replace un instant dans la controverse entre jésuites et jansénistes, on peut observer que les pratiques casuistiques sont absentes des préconisations que portent les *preuves* sur lesquelles nous avons enquêté. En cela, les pratiques interprétatives, permettant de produire les signes cliniques et une partie des signes paracliniques, collectivement ou non, sont placés dans une position ancillaire dans le processus d'attribution de la preuve.

SYNTHÈSE

Les technologies que nous avons étudiées dans cette seconde section ont été examinées au prisme de la dynamique de réduction de l'incertitude qu'elles comportent. L'étude de cet aspect spécifique des technologies a permis de mettre en évidence les conceptions de la *probabilité* qu'elles incorporent, et de formes de rationalité qui les sous-tendent.

- Le dispositif de la RCP, en tant que méthode d'amélioration des pratiques, produit des catégories de cas. En prévoyant un protocole différent pour les cas standards et les autres, le dispositif propose de réserver la discussion aux cas qui posent problème. L'établissement de la catégorie d'un cas, qui nécessite au moins un travail interprétatif, est occulté par le dispositif.
- Les formes algorithmiques présentes dans les recommandations procèdent d'une rationalisation cognitive par la modélisation du raisonnement à l'aide d'opérations logico-mathématiques, où les dimensions délibérative et interprétative du raisonnement médical sont occultées ou réduites à des tests de variables. La présence de ces formes algorithmiques dans les savoirs médicaux et les recommandations de bonnes pratiques témoignent de la prégnance d'une *raison computationnelle* au sens où l'emploie Bachimont (2010).
- La dimension probante des signes, dans les recommandations, se distribue selon deux modalités : les signes *probants* – ou *tekmerion*, ayant valeur de preuve – et les signes *probables* – ou *semeion*, dont la dimension probante n'est pas suffisante à l'établissement de la preuve.
- Les travaux à partir desquels sont élaborées les recommandations de bonnes pratiques incorporent une conception du *probable* rattachée au paradigme fréquentiste (Hacking, 2002). La production de la *preuve statistique* se situe dans un paradigme scientifique fort, issu des sciences de la nature, qui qualifie la rationalité statistique à l'œuvre dans ces technologies, relevant d'une dynamique que nous qualifions d'*anti-casuistique*.
- Le dispositif de la RCP incorpore la nécessité d'une forme de casuistique, d'un ajustement de la règle au cas, en laissant un espace propice aux processus délibératif et interprétatif. Du point de vue de l'attribution de la *preuve*, cet espace se situe toutefois dans une position ancillaire par rapport aux technologies de réduction de l'incertitude.

6.3 CONJECTURER, FAIRE PARLER LES PREUVES ET LES SIGNES

La dimension conjecturale de l'activité médicale a déjà été développée à plusieurs reprises dans ce travail, principalement lorsque nous avons fait référence aux travaux de Champy (2011 ; 2012) et d'Aubenque (2014) autour du concept aristotélicien de *prudence*. Il ne s'agit donc pas de procéder à la démonstration de la présence de cette dimension dans l'activité, mais davantage de montrer comment ces pratiques conjecturales trouvent leur place dans nos observables. Jusqu'ici, il a été longuement question des dynamiques de rationalisation et de technicisation des pratiques médicales, où la visée poursuivie par ces dispositifs nous paraît orientée vers la réduction de l'incertitude qui rend nécessaire les pratiques conjecturales. Pour autant, de telles pratiques sont fortement présentes dans notre matériau empirique.

Les dynamiques de rationalisation équipées de technologies que nous avons analysées jusqu'ici visent à constituer des conditions de déroulement des processus délibératifs et interprétatifs où les preuves diagnostiques désignent de façon univoque des preuves thérapeutiques, qui entraînent de façon quasi-automatique une stratégie de prise en charge consensuelle. Pourtant, au sein de la réunion de concertation que nous avons observée, tout l'intérêt de ce dispositif réside dans le travail entrepris par le collectif pour élaborer une stratégie de prise en charge lorsque les cas de patients ne sont pas des cas standard (Voir 6.2), c'est-à-dire lorsque l'on sort d'une application « mécanique » des savoirs scientifiques.

Le terme « *conjecture* » se définit, selon le Larousse, comme une : « *Supposition fondée sur des probabilités, mais qui n'est pas contrôlée par des faits. Présomption, hypothèse* »²⁰. Cette forme de pratique se positionne donc dans un processus délibératif où la *certitude* ne peut être nécessairement atteinte, et où il est possible de devoir se satisfaire de la maximisation du *probable*. Outre la définition du terme de « conjecture », nous avons identifié une référence qui a retenu toute notre attention, lors de notre recherche portant sur la notion de *probabilité*. Lors d'une relecture attentive de *Naissance de la Clinique*, dans le chapitre VI intitulé « des signes et des cas », une note de bas de page faisait référence à un ouvrage intitulé « *Essai sur l'art de conjecturer en médecine* » de Brulley (1801). Le titre choisi par l'auteur est une reprise d'un ouvrage majeur de l'histoire des probabilités, « *L'art de conjecturer* » de Jacques Bernoulli, et dont l'influence se prolonge bien après sa première parution en 1713. Brulley, médecin et disciple de Bernoulli cherche à développer dans cet essai une méthode probabiliste propre à la médecine, après avoir longuement démontré et décrit la dimension conjecturale qui est propre à la plupart des applications de la science. Ce dernier définit son objet de la façon suivante : « *L'art de conjecturer est l'art d'évaluer les probabilités, le plus exactement qu'il est possible* » (p. 30). Et la probabilité est pour lui « *un degré, une partie de la certitude* » (p. 26,

20. La définition mathématique théorique est légèrement différente, toujours selon le Larousse : « *Hypothèse formulée sur l'exactitude ou l'inexactitude d'un énoncé dont on ne connaît pas la démonstration.* ».

citant l'ouvrage originel de Bernoulli).

L'ouvrage de Brulley rapproche de façon très nette une grande partie des éléments de définition des professions à pratique prudentielle que nous avons utilisées dans cette thèse, avec les pratiques d'évaluation du probable et de gestion de l'incertitude. La page de titre de l'ouvrage en fait explicitement mention, sous la forme d'une citation latine empruntée à l'ouvrage de Bernoulli : « *sans art de conjecturer, ni la sagesse du philosophe, ni l'exactitude de l'historien, ni la prudence du politique, ni le tact du médecin ne peuvent advenir* ».

Le cadre de la RCP est questionné dans cette section, par l'étude de la propension du dispositif à permettre et favoriser un processus délibératif où le travail du collectif de médecins ne peut se réduire à la mise en œuvre d'un algorithme décisionnel, faisant suite à un processus interprétatif dont la sortie – la production des signes ou des preuves – conditionnerait le choix de la prise en charge thérapeutique. En effet, le dispositif de la RCP donne à voir un raisonnement médical collectif où ce que nous avons défini comme « micro décisions » dans le troisième chapitre de la thèse jouent un rôle important dans l'orientation, le déroulement du processus délibératif. Nous terminons cette section en faisant intervenir un outil informatique développé pour l'évaluation du jugement clinique nommé TCS (Voir 5.4.3)

6.3.1 LES CAS DIFFICILES

La nécessité de conjecturer n'est pas particulièrement visible dans ce que nous avons présenté précédemment comme des cas « standard » ou « faciles » (Voir 6.2.1). L'existence de la RCP se justifie par le pendant de ces cas « standards », qui rendent nécessaire la mobilisation d'avis de différentes spécialités médicales autour de cas dont la présentation ne suffit pas. Nous sortons ici des formes les plus technicisées de support de l'activité (références, algorithmes décisionnels ...), pour examiner les spécificités de ces types de cas. Dans cette nouvelle catégorie de cas « difficiles », il devient possible de s'intéresser à la façon dont le raisonnement médical est coproduit dans la discussion pluridisciplinaire, et d'observer la façon dont les savoirs sont temporalisés dans les pratiques.

6.3.1.1 UN CADRE ORGANISATIONNEL PROPICE

Nous avons inséré dans la première section de ce chapitre la figure 6.9 (p. 270), qui était une formalisation algorithmique du processus d'examen des cas lors de la RCP, pour exposer la façon dont ce cadre produisait des « cas standard », qui devaient être « présentés ». Dans la seconde branche, lorsque les cas « ne relèvent pas d'une prise en charge standard », ils doivent faire l'objet d'une « discussion pluridisciplinaire ». Le cadre organisationnel de la RCP prévoit donc, à partir de cette distinction catégoriale, une règle organisationnelle impliquant la concertation.

Interrogés à ce sujet, nos enquêtés ont été unanimes sur l'intérêt de ce type de dispositifs, principalement concernant le rôle de la RCP dans l'amélioration de la prise en charge des patients : « Ah ben (rires) c'est parfait quoi. Enfin, c'est parfait, c'est le mieux, le mieux possible pour prendre en charge les patients. » (Serge). La différence entre les deux types de cas est également évoquée, et l'intérêt pour la seconde catégorie est soulignée : « Ça c'est évident. C'est évident parce que si y'a des patients pour qui, c'est très simple la décision, c'est toujours la même chose qu'on dit dans tel cas donc on connaît déjà la décision de la RCP. On en discute parce qu'il faut en discuter, faut les présenter tous les patients. Donc pour ceux-là il y'a pas de gros intérêt, on en discute. Et encore de temps en temps, y'en a un qui dit "mais au fait t'as pensé à faire ça, telle ou telle analyse de sang", c'est toujours bien d'en discuter avec les autres parce qu'on peut nous oublier tout seul dans son coin si on en discute pas. Après, ben y'a plein de cas où on sait pas quoi faire de nos patients donc, l'intérêt c'est de discuter à plusieurs. Je pense que pour les patients c'est bien, et pour les médecins aussi c'est bien. C'est plus rassurant de pas être seul dans son coin à décider. » (David). La dimension collective est ici soulignée comme constituant une ressource pour l'activité. Il s'agit d'une vigilance partagée entre les différents médecins et

spécialistes, pour ne pas oublier un examen, une hypothèse.

Pour les médecins que nous avons interrogés, la dimension collective peut s'apparenter à un « garde fou », où le regard de chacun sur les autres empêcherait des dérives, qui, au contraire, pourraient exister lorsque l'on pratique « dans son coin » : « Parce qu'il y a toujours des électrons libres qui devaient peut-être prendre des décisions un petit peu, peut-être, un peu tout seuls. Mais ça n'a jamais empêché, des cinglés, parce qu'il y en a dans la médecine, de prendre des décisions tout seuls et de pas...[...]Je pense qu'on est moins fou collectivement parce qu'on est un peu maîtrisé oui, par les autres, si tu prends des décisions excessives puisque c'est quand même en groupe. Après personne ne te contrôle absolument. Tu peux encore, changer un p'tit peu l'avis. » (Paul). Nous relevons ici la présence de ce que P. Castel étudie comme étant un régime de *contrôle latéral* dans ces collectifs médicaux, où se produit une *surveillance mutuelle*, qui se caractérise par son caractère informel et son exercice entre pairs (Castel, 2008, p. 21).

Le cadre organisationnel de la RCP telle que nous avons pu l'observer, est formalisé et rendu obligatoire dans la circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 de février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Le caractère obligatoire y est précisé, et le terme de « RCP » est préconisé pour désigner cette forme organisationnelle, la circulaire reconnaissant des pratiques diverses et hétérogènes existantes à harmoniser²¹. Pour autant, les médecins de notre terrain nous ont montré différentes façons d'intégrer ce discours institutionnel. « Nous on fait partie de la génération qui a grandi avec la RCP. Donc on a même du mal à faire sans RCP, contrairement à des personnes plus âgées, qui finalement vont plus facilement prendre des décisions et le valider à la RCP après des fois. Nous, on a grandi avec ça. Que ça soit la RCP pour la cancérologie mais d'autres types de réunions. » (Marie). Il s'agit donc pour elle d'un facteur générationnel, où la collégialité prônée par le dispositif organisationnel constitue une nouveauté, une rupture par rapport aux pratiques des prédécesseurs. Cette méthode d'amélioration de la qualité n'est pas perçue comme une nouveauté par tous nos enquêtés, et l'aîné de la RCP, Paul, nous expose un avis radicalement différent : Alors, la RCP ? C'est quelque chose. Comme toujours les autorités qui pensent pour nous, arrivent toujours après le déluge. Non, c'est-à-dire depuis toujours, les médecins se sont réunis surtout sur les hôpitaux, c'est l'intérêt de travailler à l'hôpital, c'est que tu ne prends pas des décisions tout seul dans ton coin. (Soupir) Pas pour les trucs simples, hein, la p'tite pneumonie à pneumocoque là tu sais ce qu'il

21. « Plusieurs termes différents sont actuellement utilisés pour désigner les modalités de cette concertation. Ils recouvrent des réalités différentes : UCP, UCPS, RCP. Le terme de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) doit désormais être retenu pour faire référence à ce concept de pluridisciplinarité lié à la décision thérapeutique. » (Annexe II)

faut donner, j'sais pas, gastroentérite, la salmonellose, tu, t'as pas besoin d'appeler tous tes confrères. Mais toutes les décisions importantes, les cas difficiles, que ce soit cancéro ou non, depuis toujours dans les hôpitaux on se réunit. Bon on a pas attendu que les RCP soient des obligations. Donc, voilà, on a toujours fait des réunions comme ça depuis euh, depuis que je suis externe, interne, on a toujours connu des réunions pluridisciplinaires de concertation où il y avait des radiologues, des oncologues, généraux ou pas, des chirurgiens, enfin, ce que t'as vu, des anapaths, ça a toujours existé. Ces deux visions différentes du dispositif organisationnel permettent de mettre au jour certaines de ses dimensions, qui ont été intégrées différemment par les professionnels – ici avec un écart important en âge et en expérience.

Ces deux entretiens rendent compte de conceptions des pratiques assez différentes lorsqu'on les interroge au regard du dispositif « RCP ». Dans un premier temps, Marie, référente pour le centre de coordination de cancérologie de l'établissement auprès des acteurs régionaux, fait explicitement référence à la « traçabilité », à « l'esprit qualité », ou aux « chiffres d'activité » permettant à l'établissement d'atteindre les critères de maintien de l'activité de cancérologie. Sans forcément mobiliser le registre de la performance, nous relevons ici une porosité importante entre les différentes dimensions communicationnelles de l'organisation, où la praticienne donne à voir une intériorisation de discours relevant d'une rationalité gestionnaire, au sens de V. Boussard (2008). Il convient cependant de nuancer cette position, puisque dans la suite de l'entretien, la dimension processuelle de l'organisation, principalement les formes prises par les dispositifs de rationalisation, sont critiquées et mises à distance par leur appartenance à une entité s'éloignant des pratiques. La seconde vision que nous avons placée en opposition à celle portée par Marie, au contraire, envisage ce dispositif organisationnel dans une continuité de la clinique, où les pratiques de concertation et de collégialité iraient de soi. Ce discours s'appuie sur une forme de « bon sens » commun, où la nécessité du recours à la concertation se base tout de même sur les catégories reprises par le dispositif organisationnel : les cas relevant d'une prise en charge standard, et les autres.

6.3.1.2 UN ESPACE POUR LES CONTINGENCES

Dans notre troisième chapitre, consacré à la constitution de la « décision » médicale en *processus délibératif*, nous avons interrogé la littérature professionnelle, d'éthique et de philosophie du domaine afin d'explicitier la façon dont des considérations qui n'étaient pas médicales *stricto sensu* intervenaient dans la production du raisonnement en RCP. Nous avons cité quelques grandes catégories de considérations : économiques, juridiques, éthiques, socio-culturelles. Comme le soulignent Strauss (1992) et Mayère (2013), les *contingences* contribuent fortement à la réalisation de l'action – chez Strauss – et à la complexité des pratiques médicales – chez Mayère. Ces contingences peuvent être de nature très variées, et interviennent de façon régulière dans la discussion des cas présentés par les cliniciens. Il ne s'agit pas de *signes* cliniques à proprement parler, et encore moins de *preuves*, mais ces contingences tendent à se présenter sous des formes suffisamment stabilisées pour participer à la production des pratiques délibératives et interprétatives observées.

Ces contingences, entendues dans leur sens commun et non pas dans le sens aristotélicien, présentent un statut délicat, qui reste à négocier. Elles peuvent être entendues, ou écartées. Prenons l'exemple d'une des RCP, où Serge présentait le cas d'un patient atteint d'une forme particulière de cancer de l'estomac et présentant des maladies potentielles annexes, et où, suite à l'examen des images du PET-Scan et des différents éléments du cas, un doute subsistait. De nouveaux examens sont donc programmés (un fibroscan), et un rendez-vous fixé avec David pour l'examen en question deux jours plus tard. Une chimiothérapie est également envisagée pendant la réunion, et c'est David qui est chargé d'en discuter les détails avec le patient dans les jours qui suivent. Rappelons que la décision médicale, en France, est supposée être partagée avec le patient, et que ce que les médecins nomment « décision thérapeutique » n'est qu'un avis, du point de vue réglementaire. David, chargé de faire le fibroscan et la consultation en suivant :

- 1 David : Il sait ce qu'il a ou ?
- 2 Serge : Oui il sait tout ce qu'il a
- 3 David : Donc je lui expliquerai le Folfox. Le port-à-cath il l'a ?
- 4 Serge : Le port-à-cath il va l'avoir la semaine prochaine
- 5 David : D'accord. (silence) Et donc le port-à-cath je vais devoir le lui mettre dès mercredi parce que là les mardi vont être fériés, à moins qu'il veuille commencer après la..
- 6 Serge : Moi je l'avais programmé mercredi mais si tu veux je le reprogramme lundi.
- 7 David : On commence pendant les fêtes là, il est d'accord ou il veut ...

Transcript 6.2 – Extrait de cas

Pour comprendre ce court extrait, il est important de commencer par expliciter certains termes professionnels employés par les médecins. Le Folfox est un protocole de chimiothérapie, le port-à-cath est un port à cathéter (aussi appelé PAC), un dispositif médical implanté aux patients qui vont recevoir des injections par voie centrale sur de longues durées, permettant d'administrer le traitement de façon plus confortable. Le problème présent ici présente deux formes de contingences distinctes que le collectif est en train d'agencer. Tout d'abord, la temporalité du traitement doit s'intégrer à la fois dans le processus d'investigation parallèle par fibroscan (le patient serait également atteint d'une cirrhose dont il s'agit de préciser l'incidence) qui rend nécessaire l'examen et la consultation, mais également dans les périodes de consultation des médecins, les jours fériés, et dans la temporalité de la vie du patient qui est ici évoquée. Pour David, il existe un risque que le patient n'accepte pas de commencer le traitement chimiothérapique pendant cette période de l'année, propice aux réunions familiales et peu aisée à conjuguer avec des thérapies lourdes. Comme pour la totalité des discussions de cas que nous avons observées, nous ne saurons pas ce qui sera effectué au final, puisque nous n'avons identifié aucun patient par son nom.

En entretien, nous avons interrogé les médecins sur cette thématique, et nous avons relevé différentes orientations dans les discours. En interrogeant David sur ce que le clinicien qui présentait le cas pouvait dire de plus sur le patient, afin de porter à la connaissance de ces collègues certains éléments qui ne figurent pas sur le dossier, ce dernier nous explique : « Bah c'est tout le contexte du patient, c'est quel est son état général, quel est son moral, quelle est sa forme physique, qu'est-ce qu'il est capable de supporter. Quel est son contexte social, culturel, s'il vit à la rue, s'il a une famille, s'il est entouré, s'il est dément, s'il est âgé, s'il est opposant au traitement, s'il est d'accord pour avoir tel traitement, s'il refuse tout. Enfin, s'il est très inquiet, s'il est très angoissé, s'il est très demandeur d'examen, s'il est ... voilà, y'a tout ça que les autres ne savent pas. C'est, c'est juste de décrire la pathologie de façon technique euh. Voilà, y'a tous ces éléments qui manquent alors que celui qui connaît le patient, peut le dire ça. ». Cette longue énumérations de critères, qui ne sont ni des *signes*, ni des *preuves*, ont un statut différent, et important selon lui. En effet, si l'on cherche à conjecturer la façon dont le patient prendra l'avis de la RCP ou observera le traitement préconisé, pendant le processus délibératif collectif, ces éléments sont à prendre en compte. Pourtant, le statut et la position de ces éléments ne sont pas très clairs, et ne sont pas unanimement partagés.

Lors de l'entretien avec Marie, une autre clinicienne, celle-ci nous a donné à voir une version assez différente :

MARIE : [Nom d'un autre collègue] il va souvent dire ça. Oui mais il est fatigué, il en veut pas du tout, mais ça on s'en, enfin,

finalement, on s'en fout. Ça, nous notre travail c'est de donner la la, conclusion, et ensuite, ça il faut en discuter avec le malade. Il faut pas mélanger. La RCP n'est pas là pour donner la décision de ce que le malade veut ou pas, elle est là pour donner la décision de ce qu'on ferait dans un cas hors, hors patient quand même.

E : c'est ce que dit la médecine ?

MARIE : Ouais, c'est ce que dit la médecine. Et ça des fois, c'est venu parasiter, euh, et ça peut, euh, ça peut induire des euh, des euh, des conclusions de RCP.

...

MARIE : Mais sur le moment, il faut pas que ça interfère dans la conclusion de la RCP.

Nous soulignons ici cette divergence majeure dans l'interprétation du cadre organisationnel de la RCP de la part des deux cliniciens. Alors que le premier saisit une possibilité de faire intervenir des éléments de dossier, impossibles à catégoriser de façon formelle, dans le processus délibératif, la seconde, au contraire, considère que ces éléments relèvent du colloque singulier, et que l'ajustement nécessaire entre « ce que dit la médecine » – « hors patient » – et la singularité du cas ne doit pas se discuter dans la RCP. La difficulté à mettre en place le « consentement éclairé du patient » pourrait sans doute expliquer ce flou important que les médecins doivent *prendre avec eux*. Comme nous le précise Marie, « Après oui, on a des, on est à l'hôpital quoi, on a des SDF qui veulent pas la chimio. Moi j'en ai suivi une, bon voilà, la présentation a joué. Elle a fait du nomadisme pendant des années. Elle est arrivée ici, métastatique avec un abcès, elle avait une tumeur abcédée. Bon ben, voilà. Elle voulait pas, c'est pareil. Elle ne voulait pas ceci cela. Mais oui, mais la conclusion de staff, c'est qu'il faut faire ceci cela. À elle de voir ce qu'elle veut faire. ». En effet, les deux interprétations restent possibles : la conclusion de la RCP est un avis – diagnostique ou thérapeutique – puisque la décision est supposée être partagée avec le patient, lors de la consultation qui suit. D'« interférence », de « parasite », à élément essentiel de la délibération, cet ensemble de contingences relatives à la situation globale du patient reste dans un espace d'interprétation ouvert, sans cesse remis en question et réactualisé dans le déroulement même des réunions, au gré des cas et des inclinaisons des médecins présents.

Outre ces précisions non médicales pouvant être prises en compte ou ignorées dans la discussion du cas, une dimension réflexive supplémentaire a également été invoquée par un de nos enquêtés. La thématique de l'acharnement thérapeutique est un sujet de société récurrent, et touche nécessairement les médecins de notre terrain. Les cas traités pendant la RCP présentent souvent des comorbidités, des situations relevant de la gérontologie, voire

amenant vers des soins palliatifs. En cela, ces considérations nous paraissent tout à fait compréhensibles, et peuvent poser plus ou moins de problèmes selon la personnalité des médecins. Paul nous confie, en entretien : « Moi ce qui me perturbe le plus aujourd'hui c'est pas, c'est quand même qu'on a l'impression d'emmerder parfois un peu trop les gens mais après c'est, (soupir), c'est plus personnel peut-être ça, là je pense qu'on rentre dans des éléments qui sont pas marqués dans les RCP, dans, (soupir), les gens qui emmerdent plus les gens que d'autres dans les médecins ». David semble partager ce discours : « S'il [le patient] a 85 ans, 86 ans, il est fatigué, il a une démence, il vit tout seul, enfin, des fois je me dis faut savoir s'arrêter et puis d'autres, qui sont peut-être plus combattifs comme médecins, qui disent ben non, non non, on va lui faire une chimiothérapie, on va essayer, on va mettre des p'tites doses. Alors après qui a raison, qui a tort, ça on le sait pas. C'est marqué nulle part. Voilà, on a beau faire des réunions, des RCP de gériatrie, de tout ce que vous voulez euh, je sais pas si on aura toujours une bonne réponse quoi ». Ce dernier nous fait également mention de différences culturelles, en citant l'exemple du Royaume-Uni : « Mais y'a des choses qui sont culturelles je pense hein, c'est à dire que certains pensent que voilà, à un moment donné faut savoir s'arrêter, d'autres qui continuent plus facilement parce qu'ils sont dans la technique. Techniquement c'est faisable, théoriquement c'est faisable, on continue mais sans dire est-ce que c'est raisonnable ou pas raisonnable. Un oncologue qui venait à notre réunion qui donnait l'exemple de l'Angleterre par exemple où culturellement, en France on a moins culturellement, le, la culture d'arrêter un traitement, il faut toujours trouver quelque chose derrière. Il dit en Angleterre c'est très simple hein, on fait une ligne de chimiothérapie ça n'a pas marché. On fait une deuxième ligne de chimio, ça n'a pas marché, on dit au revoir Monsieur et les gens pour eux c'est naturel voilà. On a essayé 2 fois la chimiothérapie, ça n'a pas marché, on arrête la chimiothérapie et c'est fini. Eux, ça les choque pas. En France, c'est peut-être plus choquant. Mais c'est voilà, c'est vraiment des questions de culture, je sais pas. Euh, (rires) C'est relatif tout ça. ». Ces deux exemples relatifs à des questionnements éthiques, insistent principalement sur la décision d'arrêter un traitement, ou de juger de si un traitement est bénéfique ou au contraire malfaisant pour le patient. Pour nous, l'importance de ces questions telles qu'elles sont formulées par nos enquêtés fait directement référence à ce qui constitue le socle des conceptions éthiques des médecins. Il s'agit du « principe de non malfaisance », qui est le premier des quatre principes d'Hippocrate, qui guide ici la conception de l'action des médecins interrogés.

Qu'il s'agisse des considérations psycho-sociales, éthiques, ou de contingences pratiques, tous les éléments que nous avons convoqués ici donnent à voir la diversité des éléments mobilisés pendant la RCP, ne se cantonnant pas aux signes cliniques et paracliniques, ou aux référentiels thérapeutiques. Le cadre organisationnel permet et favorise ce type d'échanges, en mettant en présence les différentes spécialités médicales nécessaires à l'examen du cas et le clinicien qui suit le patient en consultation tout au long de son parcours au sein de l'établissement de soins. Cet ensemble de contingences, dont les implications doivent être actualisées, débattues, et négociées dans les échanges, relèvent également de la dimension prudentielle de l'activité médicale. À plus forte raison lorsqu'il s'agit d'évaluer les fins de l'action thérapeutique, de les discuter, le processus délibératif observé manifeste un exercice du jugement très fin, oscillant entre diagnostic et prise en charge, où les « étapes » du raisonnement médical sont mêlées et où l'examen précis des conséquences des décisions sont évaluées, soupesées et mises en discussion. Nous avons retenu l'examen d'un cas qui illustre particulièrement ce propos. Comme nous l'avons exposé dans le chapitre relatif à la méthodologie de notre enquête, nous ne pouvons pas le transcrire dans son intégralité, sa singularité pouvant trahir l'engagement de confidentialité auquel nous nous sommes astreinte. La fin de la discussion nous paraît cependant mériter une attention particulière. Précisons quelques éléments de contexte : il s'agit d'une patiente qui n'a pas consulté de médecin depuis 20 ans, vivant dans une zone rurale. Diagnostiquée après un passage aux urgences pour une « altération de l'état général », sa situation est extrêmement grave : polymétastatique, avec une tumeur d'une taille très importante, menaçant à tout moment de générer une occlusion.

- 1 Olivier : La question c'est faut-il l'accompagner parce que son
espérance de vie on en sait rien mais elle est
polymétastatique ça va pas être des mois et des mois, faut-il
l'accompagner, tu vois, en soins palliatifs purs et durs ou
faut-il au moins prévenir au moins l'occlusion ...
- 2 Interne : Oui
- 3 Olivier : ... qui risque de s'installer, alors je pense que c'est
un bas-rectum mais bon j'ai pas pu lui foutre l'endoscope,
est-ce qu'il faut prévenir en faisant une stomie en sachant
que euh elle peut faire des complications sur la stomie hein
heu elle est dénutrie, on sait pas si elle est en carcinose,
elle a pas fait de scan, ou est-ce que voilà on va
l'accompagner, parce que là franchement la chirurgie ...
- 4 Paul : Est-ce qu'elle marche ?
- 5 Interne : Oui elle marche
- 6 Olivier : ... ça va être hyper délabrant quoi
- 7 Paul : Elle était toute seule à la maison ?
- 8 Olivier : C'est tu vois c'est la mamie heu

9 (...)

10 Bob : Le problème c'est .. Il est vraisemblable que quand même la dérivation va lui diminuer quand même la douleur

11 Olivier : Parce qu'après localement, localement, c'est c'est é norme hein. Chirurgicalement c'est c'est de la folie quoi... Ç a n'aura aucun intérêt

12 (...)

13 Olivier : La question c'est ça c'est de discuter la dérivation pour éviter l'occlusion, c'était un peu la discussion qui

14 (...)

15 Olivier : Est-ce qu'on prévient une hypothétique occlusion par une stomie ou est-ce qu'on se dit le jour où elle sera en occlusion heu elle mourra ...

16 Bob : Je pense quand même que la stomie risque quand même de d'améliorer son confort

17 Paul : Mais elle se plaint de rien

18 Marie : Ah bon ?

19 Interne : Tous les jours en hospit', elle se plaint de rien

20 (...)

21 Olivier : Moi c'est vrai que dans l'absolu j'avais envie de la proposer en soins palliatifs purs

22 Paul : Parfois c'est pire

23 Olivier : Parce que cette femme on dit qu'elle souffre pas mais je pense qu'elle souffre quand même mais elle dit pas grand chose, parce que moi le toucher rectal je m'attendais à ... tout le monde disait qu'elle souffre pas, elle a hur-lé, un hurlement je veux dire, tu sais elle s'est mis dans un état

24 Interne : Parce que nous la biopsie on l'a pas anesthésiée

25 Olivier : Qu'est-ce que tu voulais que je lui fasse une recto à cette pauvre femme, on avait l'anapath, c'était juste pour l'examiner pour voir si c'était vraiment un bas, voir ce qu'on pouvait faire, quand j'ai vu qu'elle hurlait la mort, qu'elle était polymétastatique, cachectique, laissons la tranquille quoi hein, on avait envie de l'accompagner plus que d'aller faire une dérivation

26 Interne : La famille est plutôt d'accord sur ce point

27 Olivier : Ben ouais

28 Interne : Ils sont plutôt d'accord sur le fait de l'accompagner

29 Olivier : Moi je suis étonné qu'elle marche et tout ça, parce que quand on la voit heu

30 Interne : Mais oui, elle marche, elle mange pas mal

31 Bob : Bon ben c'est réglé
32 Paul : Allez, au suivant
33 Marie : Donc stomie en cas de crise
34 Olivier : Oui stomie en cas d'occlusion, et soins pal- et voilà
soins de confort
35 Marie : Ouais, ouais.

Transcript 6.3 – Extrait de cas

Dans ce long extrait de cas, nous pouvons relever quatre grands points qui illustrent la conclusion de notre développement relatifs aux contingences :

- Tout d'abord, il est important de constater que cet extrait est dans le registre de la pratique clinique. Ici, seuls Olivier et l'Interne ont rencontré la patiente. Ils sont donc les porte-paroles des signes cliniques et paracliniques qui sont convoqués pour la délibération. Nous relevons également que le registre des catégories employées sont autonomes : il est question de la puissance d'un hurlement, de la figure de la mamie, et non pas de son âge, ou de son score OMS. La discussion est produite dans un espace propre aux médecins présents, où c'est le sens clinique des confrères qui présentent le cas qui est au centre de l'attribution de la valeur probante des éléments convoqués.
- De nombreux éléments de l'ordre du signe sont difficiles à évaluer, et c'est sans doute pour cela que les catégories employées par les deux cliniciens sont aussi imagées. Il est très délicat, dans ce cas, d'évaluer la douleur de la patiente, l'opérabilité de la tumeur, ainsi que les éléments paracliniques manquants en raison de la difficulté à les administrer à la patiente. Il est donc uniquement possible de les évoquer, de les soupeser de façon globale, mais il n'y a que très peu de prises stables sur le cas, et il faut cependant statuer sur l'action thérapeutique à entreprendre.
- Ce qui est particulièrement visible dans cet extrait, c'est que l'enjeu principal de la délibération est la visée de la délibération elle-même. Olivier pose le problème, définit la question en ce sens à de multiples reprises. Au vu de la gravité du cas, il n'est pas possible de viser une rémission. Cependant, entre une stratégie visant le confort ou une autre visant à augmenter la durée de vie, l'espace de la conjecture n'est plus le même. Dans le second cas, il faut prendre en compte les risques opératoires, dans le premier, la mort qui suivra la prochaine occlusion. Ce point illustre également la robustesse du dispositif organisationnel de la RCP. En effet, par deux fois, une hypothèse alternative est proposée par Bob, et par deux fois écartée. La rationalité à l'œuvre dans cette discussion favorise les visées de la stratégie des soins de confort par rapport aux alternatives envisagées, en s'appuyant sur le jugement clinique des confrères qui présentent le cas.
- Cela nous amène au dernier point. La méthode employée pour examiner les différentes

hypothèses consiste en une évaluation des probabilités de leurs conséquences. Les termes employés font référence à la vraisemblance, le risque, les conséquences graves d'actes chirurgicaux. Les probabilités sont évaluées à l'aide du sens clinique d'Olivier, principalement, qui juge que l'intervention chirurgicale serait délabrante, ou de la folie, sans aucun intérêt. Le ton employé et les arguments mobilisés s'ancrent dans le sens clinique, et appelle silencieusement le principe de non-malfaisance comme juge de sa proposition thérapeutique.

Au terme du parcours de la question des « cas difficiles », nous souhaitons verser à l'analyse certains éléments théoriques que nous retrouvons dans ce type d'observables bien spécifique. Comme nous l'avons montré dans la première partie de la sous-section, le cadre organisationnel de la RCP permet et favorise le déroulement de processus délibératifs où peuvent être discutés des cas de patients qui ne relèvent pas d'une prise en charge standard. Si l'on se replace dans le cadre théorique des approches communicationnelles de l'organisation (Bouillon *et al.*, 2008), le registre communicationnel qui caractérise les échanges dont il est ici question est celui des situations de communication. Bourdin (2008) identifie trois ordres de réalité complémentaires qui constituent ces situations : les cadres communs de l'action (1), les espaces d'interaction (2), et les espaces d'argumentation (3). Le cadre organisationnel qui institue la RCP constitue le « *cadre commun de l'action* » (1), où est impliquée « *la constitution d'un "collectif" reconnu par les différentes parties en présence, donc l'émergence d'une culture partagée minimale et d'une entente sur la relation elle-même avant même d'évoquer des tensions, des accords ou des désaccords* » (p. 133).

Ce cadre commun de l'action produit également deux catégories qui conditionnent les pratiques interactionnelles et argumentatives, en identifiant les deux grands types de cas, standard, ou difficiles. Le déroulement de la réunion elle-même peut-être constitué en tant qu'« *espace d'interaction* », qui « *mettent aux prises des individus dans un cadre interpersonnel et où les pratiques de communication prennent forme, qu'elles s'inscrivent dans le registre du non verbal, de l'oralité, de l'écrit, qu'elles soient directes ou différées, qu'elles se déroulent en co-présence ou à distance en faisant l'objet de médiations techniques* » (p. 133).

Les médiations techniques, dans l'espace interactionnel en question, n'ont pas été particulièrement visibles dans les cas évoqués ici. Cependant, nous en traitons dans la sous-section suivante, les médecins sont amenés à « faire parler » des expertises distantes présentifiées sous la forme d'éléments du dossier du patient. Ce qui se rend particulièrement visible dans le long extrait de cas qui précède concerne les « *espaces d'argumentation* » (3). Ils désignent chez Bourdin des espaces « *de construction collective du sens, où des connaissances sont mobilisées, où différentes alternatives sont examinées, débattues, sélectionnées* » (p. 133), ce qui qualifie de façon particulièrement adéquate notre « *processus délibératif* ».

Pour notre propre analyse, il existe dans cette forme d'observables de notre terrain un jeu singulier, où la négociation du sens s'appuie sur une forme de rationalité que nous qualifions de *clinique* – où le sens est produit par la relation entre le clinicien et le patient, puis actualisé et débattu dans le processus délibératif, comportant une forte dimension *prudentielle* – où cette production de sens est toujours conjecturale, et où le discernement du particulier s'articule finement avec l'examen des conséquences des choix potentiels.

6.3.2 CONJECTURER, LEVER LE DOUTE

À ce stade de notre travail, nous pouvons dire que l'*espace d'argumentation* ouvert lors de la discussion des cas dits « difficiles » permet des pratiques de co-construction de sens. Il ne s'agit pas pour autant de nous saisir d'une question aussi vertigineuse que celle du sens. En effet, dans la seconde partie de la thèse, nous avons consacré un développement conséquent à la question des signes, à celle de leur valeur probante, ainsi qu'à deux paradigmes, celui de l'*indice* (Ginzburg, 1980) et celui de la *prudence* (Champy, 2012). Il est donc question de production collective de sens, mais dans une acception particulière, qui se restreint aux éléments que nous avons construits en objets de recherche, en tant que composantes du raisonnement médical.

Ces pratiques, particulièrement présentes dans les cas qui ne relèvent pas *a priori* d'une prise en charge standard, portent également sur les processus interprétatifs, lorsque le cas est reconstruit (Berg, 2008) par les médecins lors de la phase de narration qui précède chaque discussion ou présentation de cas. Alors que nous nous intéressons particulièrement à la dimension conjecturale de l'activité dans cette sous-section, il nous est apparu pertinent d'accorder une attention particulière aux pratiques de réduction de l'incertitude. En tant que pratiques, elles diffèrent des technologies que nous avons identifiées et analysées dans la seconde section du chapitre (Voir 6.2, p. 267). Il s'agit ici de pratiques visant à lever le doute, et où la perspective de l'erreur d'interprétation produit des situations de tension chez les médecins. En effet, peu de dispositifs techniques viennent équiper l'activité interprétative, alors que statuer sur la valeur probante à donner à un résultat d'examen va conditionner de façon très importante tout le processus délibératif à venir.

Nous présentons dans un premier temps un cas complet, où le collectif de médecins de la RCP cherche à éliminer tout doute quant à la description d'un cas. Nous verrons qu'une erreur est identifiée, et qu'une forme de raisonnement spécifique est mise en place pour en spécifier l'origine. Nous examinons par la suite un ensemble de situations où le risque de commettre une erreur d'interprétation est identifié, ainsi que les pratiques mises en place pour, finalement, lever le doute.

6.3.2.1 ÉTUDE DE CAS

Nous faisons figurer ce cas²² dans le corps de la thèse en raison de la facilité de compréhension de ce dont il est question. Concrètement, les seuls éléments nécessaires à la compréhension du cas concernent l'anatomie du côlon, et la pratique de l'endoscopie.

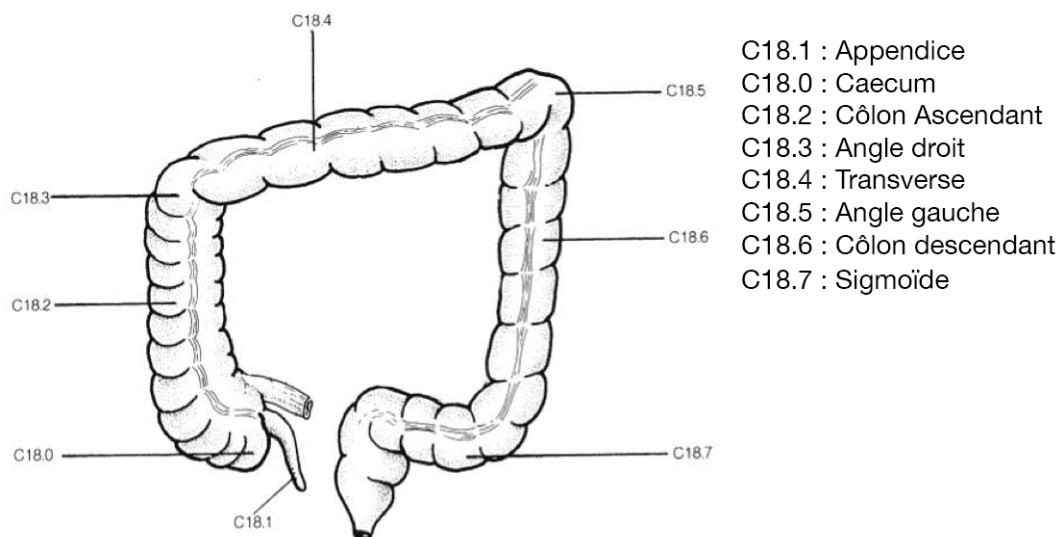


FIGURE 6.12 – Anatomie du côlon (d'après le manuel TNM)

Avec la figure 6.12, il est assez simple d'imaginer le déroulement d'un examen endoscopique. L'introduction de l'endoscope est effectuée par le canal anal, et le premier élément anatomique franchi est le sigmoïde. Les éléments suivants se font ensuite dans l'ordre : côlon descendant, angle gauche, transverse, angle droit, côlon ascendant, et caecum. Il est important de noter que la dénomination des côtés est effectuée dans le sens inverse de celui de la représentation graphique (sur le papier, l'angle gauche est à droite). Gardons également en tête que, dans l'examen endoscopique, la camera produit également une lumière, qui est généralement visible au travers de la peau du patient examiné (transillumination). Ces quelques éléments présentés, nous pouvons passer à la discussion.

- 1 Serge : c'est une dame de 75 ans donc heu ... ben c'est toi qui a fait l'écho Anna, on a un bilan de douleur abdominale, et donc à l'échographie t'as rien vu, au scan ... t'as une endoscopie, endoscopie qui a retrouvé un cancer colique droit et au scanner il a pas vu de métastases mais il a vu un cancer qui a priori est colique gauche
- 2 Anna : c'est madame X ?
- 3 Serge : X oui ... c'est important de savoir si

22. Nous tenons à adresser tous nos remerciements à François Cooren et son équipe, qui avaient participé à l'analyse du transcript présenté ici lors de notre séjour à l'UQAM auprès de Consuelo Vasquez en 2013.

4 Paul : l'endoscopie t'a dit que c'était à gauche ?
5 Serge : l'endoscopie a dit que c'était à droite, et le scanner
que c'était à gauche
6 Paul : comment il s'appelle l'endoscopiste ?
7 Serge : (nom)
8 Paul : (nom)...

9 David : il marque angle droit +lit sur le poste Oncomp+
10 Serge : sténose de l'angle droit
11 Paul : et le radiologue dit que c'est à gauche ?
12 Serge : le radiologue dit que c'est à gauche
13 Paul : ça c'est embêtant quand même
14 <rires>

15 Paul : il a pas deux cancers ? Il a été jusqu'au caecum ?
16 Serge : sténose de l'angle droit infranchissable (lit le rapport
d'imagerie)
17 Paul : ah ...
18 David : ouais, est ce qu'il est bien arrivé à l'angle droit
19 (...)

20 Anna : est ce qu'il s'est pas trompé sur le compte rendu ... Moi
là comme ça j'ai envie de dire que c'est plutôt ...
21 Paul : c'est à gauche ?
22 Anna : j'ai l'impression que c'est là hein ?
23 Paul : ouais
24 (...)

25 Paul : il a peut-être tapé droit au lieu de gauche
26 Serge : tu vois des métastases ?
27 Interne R : et ça c'est quoi ça ?
28 Paul : ouais ..
29 Anna : attends je regarde .. (marmonne) qui a une paroi un peu
30 Paul : c'est plutôt l'angle gauche ya peut-être une erreur de
frappe ... ya pas d'erreur ?
31 David : tu l'as opéré ?
32 Serge : ça arrive quand même que vous vous trompiez non ?
33 David : non .. si on se fie à la lumière ..
34 Paul : l'angle gauche, l'angle droit ...
35 Serge : moi ça m'est arrivé plusieurs fois quand même
36 David : disons que si tu vois la lumière à droite t'as du mal à
dire angle gauche, quand même
37 Serge : j sais pas ..
38 Paul : tu vois la lumière là
39 David : tu peux être dans un angle et pas savoir lequel si tu vois

pas la lumière

40 Serge : moi je sais qu'avec (nouveau nom), c'est arrivé plusieurs fois ça

41 (...)

42 Paul : faut prendre le temps de mesurer ... parce que l'angle droit il peut pas être ... ouais .. entre l'angle droit et l'angle gauche c'est difficile .. de se tromper à mon avis

43 David : de toute façon si y avait quelque chose à l'angle gauche et qu'il était arrivé à l'angle droit il te l'aurait dit

44 Paul : c'est bizarre qu'il ait vu tout le transverse sans

45 David : première lésion qu'il constate c'est celle qu'on voit au scanner donc c'est plutôt angle gauche

46 Anna : là c'est sûr hein au scanner ya pas trop de doute à droite je vois rien

47 Paul : il dit transverse normale ? ptet qu'il a une erreur de frappe il a dicté droite gauche ... il était à la douzième coloscopie (...) S'il met transverse normale c'est plus embêtant

48 David : non il dit pas transverse

49 Paul : ouais voilà donc il a ptet tapé ...

50 Serge : non .. conclusion sténose de l'angle droit, ya deux fois angle droit

51 Paul : tu l'appelles ?

52 Serge : ben il va recevoir la lettre ...

Transcript 6.4 – Enquête

Dans la discussion de ce cas, les médecins cherchent à savoir si la tumeur est résécable²³. Pour cela, ils font appel à différents examens paracliniques pour disposer d'une information suffisante pour procéder à cette micro-décision, qui conditionnera ensuite le choix de la prise en charge thérapeutique. Dans la narration sommaire du cas faite par le chirurgien au début de la discussion, il est fait état de trois examens différents : une échographie, un scanner et une endoscopie. Ces trois sources combinées sont supposées permettre de statuer sur la suite à donner. Or, un problème majeur est identifié par le collectif : le rapport d'endoscopie indique la présence d'une sténose (rétrécissement) infranchissable à droite, alors que le scanner semble indiquer clairement, sous les yeux des médecins, la présence de cet élément sur le côté gauche. Un élément important ici réside dans le statut différent des deux signes paracliniques qui « parlent » (sachant que Anna n'a rien vu à l'échographie, cet élément est donc écarté). Le premier est un rapport d'un endoscopiste, qui n'est pas présent dans la

23. Une tumeur est résécable lorsqu'on peut pratiquer une ablation chirurgicale de la totalité du tissu atteint, et éventuellement conserver les parties non atteintes (sinon, on parle de résection totale).

réunion. Le second est un scanner, qui est affiché à l'écran pendant la discussion du cas, et qui peut être interprété dans l'espace d'interaction, en mobilisant les expertises de lecture de chacun.

Il est possible de résumer le problème de la façon suivante : les médecins présents font parler différents signes paracliniques, dont la valeur est différente. Il y a une dissonance entre les deux résultats d'examen, sur un point aussi trivial que crucial. Il s'agit donc dans l'extrait de lever le doute sur l'hypothèse d'un second cancer non visible au scanner (ligne 14), et, de façon plus générale d'expertiser le rapport dissonant en vue d'écarter son contenu pour pouvoir poursuivre le processus délibératif en disposant de prises stables sur la situation du patient. Il est donc question d'examiner les probabilités des différentes hypothèses afin de pouvoir produire une certitude suffisante pour s'accorder sur l'action à entreprendre.

Pour pouvoir déterminer la source de l'erreur potentielle, les médecins procèdent de la façon suivante :

1. (l. 2-13) établissement de la divergence des sources
2. (l. 14-31) émission d'hypothèses et examen de la source présente (scanner)
3. (l. 32-42) examen de la probabilité d'une erreur
4. (l. 43-52) élucidation

L'élucidation de la source de l'erreur – c'est-à-dire celle qui provient du rapport d'endoscopie – correspond à une hypothèse formulée à plusieurs reprises (l. 19, 24, 29, 31, 39, 48), et dont l'évaluation de la probabilité a fait l'objet d'une discussion spécifique (l. 31-41). Cette discussion fait intervenir les savoirs pratiques des médecins présents, qui pratiquent quotidiennement ce type d'examens (nous faisons ici référence à l'évocation de la transillumination, l. 38). L'échange prend appui sur des énoncés qui ne laissent que peu de place à l'erreur, et qui permettent la production d'une inférence abductive. Un raisonnement abductif, est une des trois formes de raisonnement chez Peirce²⁴. Il se caractérise par la production de conjectures à partir d'indices, où l'on part d'un constat, pour le mettre en relation avec une proposition validée, un savoir.

Ici, le raisonnement est le suivant :

- L'endoscopiste ne parle pas du transverse dans son rapport (*constat*)
- Lorsqu'un endoscopiste va jusqu'à l'angle droit, il mentionne l'état du transverse dans son rapport (*savoir*)
- L'endoscopiste n'est donc pas allé jusqu'à l'angle droit, il s'agit d'une erreur dans le rapport (*conjecture*)

24. Nous n'avons pas accès à cet ensemble de littérature pendant notre thèse, mais l'analyse se base ici sur un travail collectif effectué à l'université de Montréal pendant le séminaire de François Cooren.

Cette forme de raisonnement peut également être analysée au prisme du paradigme indiciaire, tel que développé par Ginzburg (1980). Comme nous l'évoquons dans le quatrième chapitre (Voir 4.3.2), Ginzburg identifie les racines de ce mode de connaissance dans les pratiques de chasse : « *Ce qui caractérise ce savoir, c'est la capacité à remonter, à partir de faits expérimentaux apparemment négligeables, à une réalité complexe qui n'est pas directement expérimentable. On peut ajouter que ces faits sont toujours disposés par l'observateur de manière à donner lieu à une séquence narrative, dont la formulation la plus simple pourrait être : "Quelqu'un est passé par là"* » (Ginzburg, 1980, p. 14). C'est exactement la stratégie que nous retrouvons dans ce cas, lorsque les médecins reproduisent tacitement le chemin que l'endoscopiste aurait dû parcourir pour pouvoir se prononcer sur la sténose de l'angle droit. C'est en refaisant le chemin qu'ils actualisent collectivement le savoir qui sert à produire la conjecture.

Dans un article de la revue *Communications* consacré à la notion de *preuve*, Danblon (2009) relie ces différentes analyses : le paradigme indiciaire fait état de la conjecture présente dans la production du *tekmerion* – le signe probant, dans la distinction aristotélicienne (Voir 4.4.2, p. 188) ; plus encore cette distinction fait état d'une tentative de rationalisation de ce mode de connaissance conjectural par Aristote, « *par exemple en rapprochant la conjecture du raisonnement inductif, lequel se réfère toujours à des lois générales, et peut dès lors justifier une croyance ou une hypothèse autrement que par des intuitions* » (*Ibid.*, p. 13). La racine *tekmor* du *tekmerion*, qui désigne la conjecture, correspond chez Ginzburg à « *une prophétie sur le passé* »²⁵. Danblon ajoute : « *Ce type de conjecture correspond à ce que, depuis Peirce, on nomme l'"abduction", ce mode de raisonnement qui remonte d'une série de faits observés – les indices – vers des causes présumées* » (*Ibid.*, p. 13).

L'espace d'argumentation dans lequel se déroule l'échange et la production collective du raisonnement abductif présente des particularités, du fait de sa mise en œuvre distribuée. La première est d'ordre méthodologique, puisqu'elle permet à l'ethnographe d'accéder assez facilement à des processus de raisonnement qui sont la plupart du temps tacites et implicites. Ceci nous permet d'explicitier les savoirs professionnels mobilisés, y compris ceux qui relèvent de savoirs pratiques. L'explicitation fait par ailleurs disparaître la forme de l'*enthymème*, que nous avons décrit dans le quatrième chapitre (4.4.2), où la proposition relevant d'un savoir commun est éludée. Elle est ici explicitée, pour ne laisser aucune place au doute que le collectif s'emploie à lever. La seconde, et la plus importante est relative à l'évaluation des *signes* qui interviennent dans le déroulement du raisonnement, où l'on peut observer que le processus mis en œuvre par les médecins, en refaisant le chemin qu'a dû faire l'endoscopiste, permet de faire émerger des indices probants et de les mettre en lien avec ces savoirs pratiques. Enfin, le dernier point est relatif à la force probante des deux signes paracliniques convoqués lors

25. Cité par Danblon, p. 13, *Ibid.*,

du processus délibératif. L'authenticité de l'interprétation produite pendant le processus délibératif lui-même dispose d'une force bien plus importante que celle qui arrive par l'intermédiaire d'un rapport d'imagerie. Nous ne savons pas si l'endoscopiste qui a produit le rapport était connu et reconnu comme un interprète de confiance par le collectif, mais nous relevons que lors de l'identification de la dissonance entre les deux sources, son identité est questionnée immédiatement. Dès lors, il s'agit de déterminer si cette source distante dans le temps et dans l'espace a un droit de parole dans la réunion des signes probants qui servent de base à la délibération. Au contraire, le scanner, présent et relu pendant le processus, bénéficie de la force de l'évidence visuelle, dans l'ici et le maintenant de l'interaction.

6.3.2.2 LE SPECTRE DE L'ERREUR

À partir du cas précédent, nous avons pu identifier des pratiques du raisonnement mis en œuvre par les médecins lorsqu'une erreur a été repérée. Le collectif a procédé à une élucidation progressive afin de lever le doute, en produisant une univocité des signes supportant les pratiques délibératives. Nous souhaitons maintenant opérer un resserrement de focale sur la question de l'erreur, et plus particulièrement des pratiques des médecins lorsqu'il existe un soupçon d'erreur. Nous avons retenu deux extraits de cas, qui nous paraissent illustrer correctement et de façon facilement compréhensible des pratiques qui sont présentes dans la plupart des cas discutés, où les médecins gèrent un cas d'erreur potentielle.

Le premier extrait de cas que nous proposons ici provient de la cinquième RCP de notre enquête. Le cas du patient est présenté par Marie, qui relate le parcours du patient qu'elle a reçu lors d'une de ses gardes, et à qui elle a fait passer un scanner. Suite à cet examen, une biopsie a été réalisée. Le court extrait de la discussion qui suit est relatif à l'avis diagnostique qui doit être versé au dossier Oncomip du patient. C'est David qui est préposé à l'écriture des avis pendant la réunion.

```
1 David : ya carcinome ou pas finalement ?
2 Olivier : ben on sait pas ya une masse
3 David : j'ai marqué probable
4 Marie : probable parce que j'attendais de voir en réunion qu'on en
   parle
5 Anna : ya quand même une infiltration de la graisse ... au moins
   une attaque péritonéale locale
6 Olivier : mais ça ça peut être l'inflammation non ?
7 Marie : mais cette pougnaque là
8 Olivier : c'est énorme hein
9 David : on va laisser probable
10 Marie : oui oui probable
11 Anna : tumoral , tumoral
```

12 Anna : alors ici y avait une lésion, alors ça pour un ganglion
c'est quand même très irrégulier, pour un abcès c'est très
irrégulier aussi

Transcript 6.5 – Extrait de cas

Les médecins cherchent ici à qualifier la « masse » qu'ils voient au scanner. Une première tumeur a été identifiée lors des examens effectués par Marie, où la biopsie et la coloscopie étaient concordantes. Une masse de taille importante est présente sur une autre localisation, mais dont la nature est en discussion. Les hypothèses formulées avant l'extrait oscillent entre un abcès, et un carcinome. Il est important pour eux d'arriver à statuer sur la nature de cette masse, afin de pouvoir produire un avis diagnostique univoque. Suite à l'émission des hypothèses, David, qui est chargé d'inscrire l'avis dans la fiche patient Oncomip, se charge de transmettre l'injonction à caractériser le signe qui lui est imposée par l'*architexte* du dossier. Il demande donc à ses confrères de se prononcer sur la nature de la masse. Au vu de la difficulté à préciser le diagnostic, c'est le terme probable qui est proposé par David, et qui va être repris par Marie à la fin de l'extrait. La radiologue, Anna, cherche à préciser le diagnostic en mettant en œuvre ses compétences de radiologie diagnostique, qui lui permettent de qualifier une attaque locale, indiquant une extension de la tumeur. En indiquant à David de préciser « tumoral », elle statue en faveur d'une des hypothèses, en procédant à l'écartement de celles qu'elle rejette.

Ce court extrait met au jour une forme de pratique où différents objets de notre recherche et différents observables sont à l'œuvre. Tout d'abord, on peut voir agir l'*architexte* du dossier de cancérologie communicant, qui est ici important dans la structuration du processus délibératif. David est amené à faire parler le formulaire qu'il doit remplir, et somme ses confrères de se pencher sur la qualification d'un élément qu'il doit faire figurer dans la fiche RCP. Le dispositif technique impose donc le processus de caractérisation qui suit. Il nous est toutefois permis d'imaginer que ce processus aurait également eu lieu même si le dispositif ne l'avait pas imposé. La mise en œuvre des connaissances pratiques qui s'ensuit nous paraît mériter davantage d'attention. Le premier axe qui nous intéresse est celui du *diagnostic probable* qui est formulé par les médecins, et qui est par la suite saisi dans l'application. Il est intéressant de relever que dans la classification internationale des maladies (CIM10, voir 6.1.2.1), un court développement est consacré à la question de ce type de qualificatifs, dans une section intitulée « Expressions indiquant un diagnostic douteux » (p. 119). Il y est indiqué : « *Les qualificatifs indiquant qu'il existe un certain doute sur la précision du diagnostic, comme "apparemment", "vraisemblablement", "probablement", etc., doivent être ignorés, car les mentions sans ces qualificatifs ne diffèrent de celles qui en sont munies que par le degré de certitude du diagnostic.* ». Concrètement, cela signifie qu'un diagnostic qualifié de « probable »

n'indique rien sur le degré de certitude du diagnostic, et ne constitue pas une précision utile. Il nous apparaît cependant que les médecins, en faisant figurer le terme probable accolé au diagnostic, cherchent à maintenir le doute, la situation d'incertitude partielle. Il nous semble que le doute et l'incertitude remplissent un rôle au sein du collectif, qui justifie une vigilance collective de haut niveau. En inscrivant le terme « probable » dans le dossier communicant, l'équipe transmet ses doutes avec son diagnostic, et invite les confrères qui seront amenés à se pencher sur ce cas à faire preuve de vigilance.

Le rôle de la radiologue est également porteur d'un intérêt particulier ici. Ce diagnostic d'une lésion tumorale « probable » est produit collectivement, et de façon distribuée ici aussi, où le couplage du scanner et des yeux de la radiologue sont mis au service du collectif au sein d'un processus interprétatif distribué (Gout, 2012). Les cliniciens ont auparavant émis des hypothèses de catégorisation de la « masse ». À partir de ces hypothèses, le travail interprétatif de la radiologue peut passer d'un travail d'exploration à un travail d'évaluation d'hypothèses, qui doivent être confirmées ou infirmées. Nous consacrons la section suivante à la question du travail interprétatif de l'imagerie, mais notons cependant ici que le travail d'interprétation radiologique est un travail de catégorisation, et que celle-ci est largement facilitée par l'émission d'hypothèses par les cliniciens, dont la probabilité n'a plus qu'à être évaluée, parmi un nombre dorénavant restreint de possibilités.

Le second cas que nous versons à cet axe analytique concerne également l'imagerie, et met aussi en question la perspective d'une erreur potentielle d'interprétation. L'extrait de cas ci-après rend compte d'un échange concernant la nature des images discutées, et leur fiabilité.

1 Anna : ici là franchement y a quelque chose qui me paraît
suspect ... on a un scan à un temps artériel donc faut quand
même pas un scanner pour voir ...

2 David : et l'autre lésion, elle est quoi, elle est ... collée à
celle là c'est ça ?

3 Olivier : il devrait les voir ... faut vraiment lui dire qu'il
y a la deuxième surtout parce qu'elle est pas au segment ...

4 Anna : ou alors on fait un scanner avec un temps portal

5 Olivier : oui ou alors on fait un portal ... pourquoi ils ont
fait qu'un artériel ?

6 Anna : Je sais pas

7 David : et au thorax ya rien ? Ben non puisqu'au PETscan ça fixe

8 Marie : qui c'est la personne qui l'a fait ben je vais te dire
...

9 Olivier : on standardise pas ? ...

10 Marie : mais des fois je mets quatre temps et ils le font pas

11 Olivier : moi tu sais des fois ça me démange de mettre 70
secondes tu sais comme des fois je range les radios, mettre
30 secondes 70 secondes

12 Anna : ils aiment pas, les radiologues ...

13 Olivier : ils aiment pas ! mais des fois t'as envie de leur
dire, mais quand même ...

14 David : pourquoi tu dis quatre temps ? ya portal, artériel et
tardif

15 Marie : et tardif ...

16 David : on va pas le faire à chaque fois le tardif

17 Marie : ben quand c'est un CHC je le demande tout le temps

18 David : pour les angiomes ou tout ça ça vaut le coup mais c'est
...

19 Marie : ben moi le CHC ...

20 David : ça prend vachement de temps le quatre temps

21 Olivier : moi on m'a toujours dit le portal

22 Anna : quitte à en faire qu'un il faut faire le portal

23 Olivier : et après tu fais artériel, dans certains cas

24 Marie : bon, vous pensez qu'il faut refaire le scan ?

Transcript 6.6 – Extrait de cas

Le cas dont il est question ici concerne un patient qui est suivi depuis deux ans, qui a eu un premier cancer traité, six mois avant. Quatre mois après la fin du traitement, lors de la surveillance, le scanner indiquait un problème, à la périphérie de la localisation de l'intervention chirurgicale qui avait été réalisée. Un PET Scan a donc été effectué, deux mois après, et révèle deux lésions hépatiques très proches. Il s'agit, dans cette partie de la délibération, de déterminer si ces deux lésions collées sont opérables. Or, les médecins mettent en doute la précision des images dont ils disposent. L'extrait que nous avons reproduit ici porte sur la pertinence de refaire des images, en raison de la complexité présente et de l'absence de confiance dans la qualité des images présentes. Pour comprendre ce dont il est question ici, il est nécessaire de se pencher sur les « temps » dont parlent les médecins dans la quasi-totalité de l'extrait.

Lors de nos entretiens, Paul a particulièrement insisté sur la nécessité de disposer d'images fiables : « On a le rapport de quelqu'un qui parfois est faux, et donc, tu peux pas prendre une décision sur un truc qui est faux. Donc, y'en a quand tu vois leur nom, tu sais déjà qu'il faut même pas lire le compte-rendu, vaut mieux lire l'image. Et puis tu te rends compte que l'image est mal faite, parce qu'un scanner c'est opérateur dépendant. L'imagerie c'est opérateur

dépendant, faut pas croire que l'imagerie c'est une machine qui voit tout. Ça c'est hyper important, si le radiologue fait mal ton imagerie il va louper, surtout qu'il y a toute une phase vasculaire, qui est hyper importante, les tumeurs elles ne sont pas vascularisées de la même manière. Donc on t'injecte un produit de contraste, qui va mettre en évidence plus facilement des tumeurs, mais de manière différente en fonction du type de tumeur. ». Nous comprenons donc que l'identité de l'opérateur, que nous avons déjà relevée dans le cas 6.4, est un élément majeur du processus d'évaluation de la force probante du signe paraclinique discuté.

Ce dont il est question dans le cas 6.6, concerne le temps d'acquisition des images discutées. Comme l'évoquent Anna et Olivier, il aurait été nécessaire de disposer d'images acquises au temps artériel, alors que celles qu'ils examinent ont été acquises au temps portal (l. 4-5). Paul explicite cette question en entretien : « Donc il y a ce qu'on appelle le temps artériel, c'est-à-dire le premier temps, c'est les artères qui amènent le sang, il y a des tumeurs qui prennent beaucoup le contraste au premier temps artériel. Et puis il y a les tumeurs que tu vas voir beaucoup plus tardivement. Donc si tu ne fais pas les bons temps, il y a des mecs ils injectent le produit, et puis pendant ce temps-là ils vont fumer une clope, et, quand ils arrivent ils commencent à lancer la machine où ils s'en foutent et voilà, et et tu loupes toute une phase et à ce moment-là tu peux rien dire. Les tumeurs du foie par exemple, le cancer de foie, ce qu'on appelle les hépato carcinomes, ils sont hypervascularisés au temps artériel. Si tu loupes les premières coupes de scan, ça va très vite l'injection artérielle, la phase artérielle va très vite. Si tu loupes la première coupe, tu loupes le cancer, donc le type va dire qu'il y a pas de tumeur alors qu'il y en a une, et c'est f- et c'est pas rare. Et il y a des tumeurs que tu vois plutôt au temps tardif, donc, et le type lui il est déjà parti, euh, chercher l'autre clope, (rires) ou euh, te donner un coup de fil et le scanner est fini et ben non, tu loupes la tumeur aussi comme ça. ». Nous comprenons, à l'aide de cette explicitation, à quel point la discussion qui se déroule dans l'extrait de cas est cruciale pour les cliniciens et la radiologue. Il s'agit ici d'évaluer la probabilité de passer à côté de quelque chose sur l'image, et de stabiliser les signes dont ils disposent pour supporter la délibération.

Afin de clore cette sous-section, nous souhaitons insister sur trois points principaux. Tout d'abord, nous avons montré que la pratique de la conjecture au sein de la RCP s'appuie sur une activité collective où il s'agit de faire parler les signes pour ensuite évaluer leurs probabilités. Dans ces pratiques, les différentes formes de médiations socio-techniques convoquées jouent un rôle important. Nous soulignons en particulier l'exemple de l'imagerie qui est « opérateur-dépendante », et dont toute communication médiée – sous la forme d'un rapport d'imagerie,

par exemple – donne lieu à une évaluation très fine, qui prend quasiment systématiquement la forme d'une relecture critique, sur pièces, où le rapport en lui-même n'est que peu sollicité. La production des signes paracliniques s'accompagne donc d'une évaluation de leur robustesse, de leur force probante. Ceci nous amène au point suivant : cette évaluation est produite dans une tension où les médecins cherchent à éviter de produire une erreur d'évaluation, ou de choix thérapeutique qui serait trop audacieux, trop risqué. Alors que les signes produits peuvent toujours être équivoques, il s'agit de produire l'univocité de ceux-ci, collectivement. Nous retrouvons ici une forte similitude avec ce que Brulley (1801) appelle les « *signes décisifs univoques* » (p. 86), qui permettent d'identifier la maladie. Enfin, les raisonnements produits étant de types inductif et abductif, la solidité des signes et des preuves qui constituent le point de départ de l'enquête est cruciale. Ce n'est qu'après un examen approfondi de la robustesse, de l'univocité des signes que l'interprétation peut acquérir une probabilité suffisante pour participer à la production d'une inférence diagnostique ou thérapeutique.

6.3.3 ÉVALUER LE JUGEMENT CLINIQUE

La dernière partie de cette section présente une particularité importante au regard des observables que nous avons mobilisés jusqu'alors, puisqu'elle porte sur un outil de formation : les TCS, ou « Tests de concordance de script ». En effet, le matériau empirique que nous avons convié pour le moment est directement lié à la RCP, qu'il s'agisse des processus interprétatifs et délibératifs, du milieu technique qui équipe l'activité, les pratiques, les savoirs mobilisés. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent (Voir 5.4.3, p. 244), ce pan de notre recherche est singulier parce que décorrélé de notre observable principal. Il présente toutefois un intérêt majeur selon nous, puisqu'il s'agit d'une technologie qui rend accessible empiriquement la façon dont se conçoit le jugement clinique, qui est une pratique très difficile à formaliser. En dehors de contenus pédagogiques que nous avons déjà mobilisés dans la seconde partie de la thèse, il est difficile d'accéder à d'autres ressources pour l'ethnographe, lorsqu'on ne peut assister à des situations d'enseignement, qu'il s'agisse de cours ou de stages pratiques. Il s'agit donc pour nous d'une prise empirique précieuse pour comprendre la façon dont le processus de grammatisation des pratiques médicales est traduit sous la forme d'un outil de formation et d'évaluation.

Nous avons déjà exposé le fonctionnement de l'application dans les grandes lignes dans le chapitre précédent, ce qui nous amène désormais à rentrer dans un niveau de détail supérieur. Nous souhaitons préciser en particulier le mode d'évaluation très singulier sur lequel s'appuie l'outil, pour en comprendre le fonctionnement. Nous avons utilisé pour cela l'accès à la plateforme de test qui nous a été fourni par le Dr. Fostier, l'entretien avec ce dernier, la fiche méthode HAS consacrée à cet outil, ainsi que des publications universitaires portant sur ce sujet, dans le champ de la pédagogie médicale.

Commençons par reprendre la présentation sommaire du fonctionnement ébauchée au cinquième chapitre. Nous avons exposé les éléments suivants :

- Chaque question se présente sous la forme d'une « vignette » clinique, qui correspond à une courte narration de cas, qui comporte un problème. Le problème en est également un pour un expert, comme nous l'a précisé le Dr. Fostier en entretien.
- Le module de réponse à la question est structuré de la façon suivante : une hypothèse est formulée, un élément complémentaire intervenant après l'hypothèse est ajouté, et il s'agit pour le candidat de se prononcer sur l'effet de l'élément complémentaire sur l'hypothèse en question.
- L'évaluation se base sur la distribution des réponses d'un panel d'experts ayant préalablement passé le test.

L'accès que nous avons obtenu à la plateforme de test nous a permis de passer nous-même une courte session d'évaluation, dont nous reproduisons les captures d'écran :

Récap
Cindy, 28 ans, se plaint de nausées et de sensations lipothymiques, depuis 1 semaine. Sur demande, elle signale une légère mastodynie et de légères douleurs à l'épigastre.

QUESTIONS

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cette nouvelle donnée rend l'hypothèse diagnostique...
une grossesse débutante	elle a un DIU et que ses dernières règles datent d'il y a 2 semaines	<input type="radio"/> -2 <input checked="" type="radio"/> -1 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> +1 <input type="radio"/> +2
une gastro-entérite	elle a présenté deux épisodes de diarrhée profuse sur la semaine	<input type="radio"/> -2 <input type="radio"/> -1 <input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> +1 <input type="radio"/> +2
une anxiété latente	elle a des antécédents de dépression et d'anorexie	<input type="radio"/> -2 <input type="radio"/> -1 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> +1 <input checked="" type="radio"/> +2

-2 Elle rend l'hypothèse beaucoup moins probable
-1 Elle rend l'hypothèse moins probable
0 La nouvelle donnée n'a aucun effet sur l'hypothèse diagnostique
+1 Elle rend l'hypothèse plus probable
+2 Elle rend l'hypothèse beaucoup plus probable

FIGURE 6.13 – Question de la plateforme de test

Comme nous pouvons le constater sur la figure 6.13, l'application invite le répondant à se prononcer sur la « probabilité » de l'hypothèse examinée au regard de nouveaux éléments diagnostiques. La grille de réponse proposée s'appuie sur une échelle de jugement très commune dans les tests psychométriques : l'échelle de Likert, numérotée de -2 à +2. Alors que dans de nombreux questionnaires appliqués au marketing ou à la psychologie sociale, il est demandé aux répondants de se positionner selon leur accord (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »), l'instanciation proposée ici se décline selon l'évaluation de la probabilité : de « rend l'hypothèse beaucoup moins probable » à « rend l'hypothèse beaucoup plus probable ».

Outre ces éléments relatifs à la notion de *probabilité* sur lesquels nous reviendrons très rapidement, il nous paraît opportun de décrire les modalités d'évaluation qui nous paraissent très originales. Giet *et al.* (2013), dans un article descriptif publié dans une revue de pédagogie médicale écrivent : « *Il n'y a pas qu'une seule réponse correcte à une question de TCS. C'est là l'intérêt de ce type d'évaluation. La situation proposée prête à discussion, plusieurs actions sont possibles. Dans une telle situation d'incertitude, il n'existe pas une seule manière d'agir. Ces incertitudes sont illustrées par la répartition des réponses des experts sur différents échelons de l'échelle* » (p. 6). Il s'agit donc d'un questionnaire où il n'y a pas une seule bonne réponse *a priori*, et où les accords et désaccords d'un panel d'experts vont produire par leurs réponses la pondération de l'évaluation. Nous avons ici une forme de mesure de la collégialité qui est particulière, maintenant à la fois la possibilité d'une diversité mais invitant également à se rapprocher du plus grand groupe consensuel. Examinons les résultats obtenus lorsque nous avons répondu au questionnaire sur la plateforme de test (Figure 6.14).

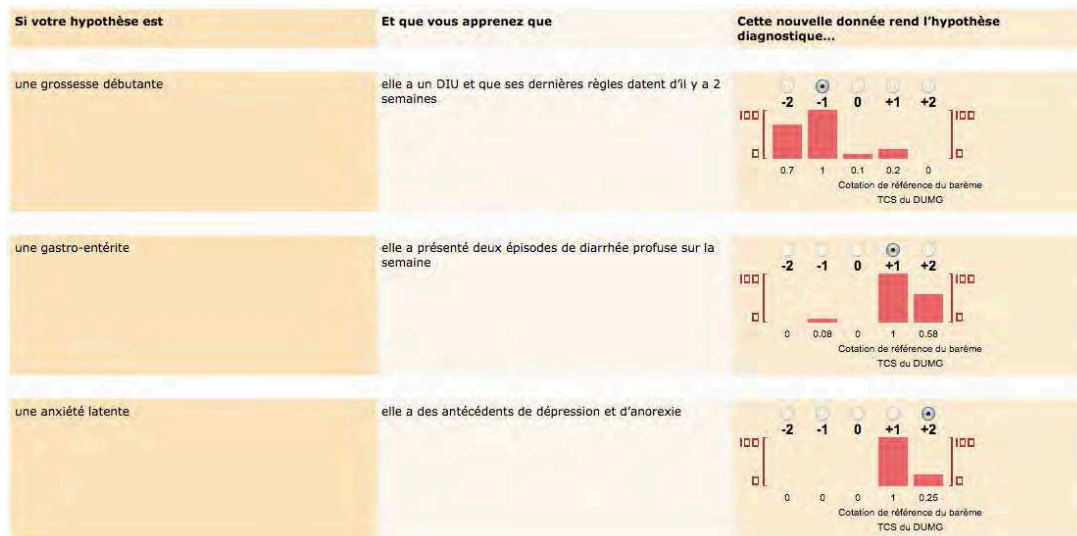


FIGURE 6.14 – Résultats sur la plateforme de test

Nous pouvons voir que sur les deux premières hypothèses, nos réponses ont obtenu le score maximum, alors que sur la troisième, nous avons obtenu moins de points. Ceci invite à se questionner sur le mode d'attribution des scores. Giet *et al.* (2013) écrivent à ce sujet : « Classiquement, un point complet est attribué à l'étudiant qui choisit l'option prise par la majorité des experts (par exemple, les experts se sont répartis comme suit : 7 experts choisissent la proposition -1 et 4 experts choisissent la réponse -2. L'étudiant qui choisit comme 7 experts (la majorité) recueille 7/7 point soit 1 point. Un étudiant qui choisit l'option -2 comme 4 experts recueille 4/7 point soit 0.57 point.). ». Nous soulignons donc que l'évaluation des probabilités de l'influence de la production d'un nouveau signe – clinique ou paraclinique – sur une hypothèse diagnostique ne peut se constituer de façon exacte, même par un groupe d'experts, pour peu que la situation soit empreinte d'incertitude. Il s'agit donc maintenant de comprendre ce que cela implique sur la conception du *probable* dans un tel contexte.

Ce que nous tentons de montrer ici nous semble maintenant aisé à exposer. Comme nous l'avons présenté succinctement dans la conclusion de la seconde partie de la thèse, l'examen de la notion de probabilité et des conditions de son émergence par Ian Hacking (2002) invite à se pencher sur la dualité des conceptions qui l'accompagnent en toutes circonstances. Lorsque nous avons pris connaissance de l'outil de formation qui nous préoccupe ici, nous avons immédiatement reconnu, en toile de fond du dispositif technique, le théorème de Bayes. Nous ne sommes pas la seule à avoir fait ce rapprochement théorique, tant ce mode d'inférence probabiliste se rend visible dans la forme du questionnaire. Elle a cependant fait l'objet d'une controverse restreinte dans le champ des chercheurs en sciences de l'éducation appliquées à la médecine, où Kreiter (2011) et Lubarsky *et al.* (2012) s'opposaient respectivement un modèle d'inférence probabiliste bayésienne à un modèle de la typicalité. Nous ne rentrons évidemment pas dans cet échange d'experts, mais nous relevons toutefois la ressem-

blance frappante entre le mode d'énonciation du questionnaire TCS et le théorème de Bayes. Ce dernier fait en effet intervenir une probabilité *a priori* d'un événement, et l'apparition d'événements ultérieurs vient modifier cette probabilité première.

Ce qui nous intéresse davantage, c'est l'idée de probabilité qui est convoquée dans le questionnaire, et plus généralement dans la pratique clinique. Celle-ci n'a rien à voir avec celle que nous avons décrite dans son versant statistique, développé lorsque nous avons procédé au démontage d'une des recommandations du thésaurus, en examinant les outils statistiques mobilisés dans les articles de recherche servant de base à la production de la preuve statistique (Voir 6.2.2.2, p. 280). En suivant Hacking (2002), nous pouvons qualifier cette conception du *probable* dans le second versant de ses conceptions, le versant dit *subjectif*, ou encore *épistémique* pour reprendre le vocabulaire de l'auteur. Cette conception de la *probabilité* se conçoit comme des *raisons de croire* à un événement singulier, elle ne se prononce pas sur un grand nombre de cas mais se positionne comme une instanciation particulière orientée vers l'action. La probabilité *épistémique* ne dit rien sur les grandes séries d'événements et sur la mesure du hasard, cela n'aurait d'ailleurs que très peu de sens. Elle s'attache par contre à l'évaluation du singulier, tout en pouvant s'appuyer sur des probabilités statistiques dites *objectives*.

Un article paru dans le *British Medical Journal* abonde dans le sens de ce que nous sommes en train d'exposer : dans cette publication, Gill *et al.* (2005) vont jusqu'à expliciter « Why clinicians are natural bayesians ». Pour en faire la démonstration, un des auteurs relate un voyage dans le sud de l'Éthiopie où un enfant présentait des signes d'une malaria sévère. Le responsable de la clinique rurale où l'enfant était traité avait utilisé un algorithme de gestion des maladies infantiles, qui se basait sur des symptômes cardinaux pour produire le diagnostic différentiel entre malaria et pneumonie. Comme l'enfant ne présentait pas de fièvre, le dispositif conclut à une pneumonie et préconisait de commencer un traitement antibiotique. Lorsque l'enfant a été transféré dans un hôpital proche, les tests sanguins ont confirmé la présence du parasite de la malaria. Gill et ses collègues posent la question de la pertinence comparée d'un outil de support au diagnostic, reposant sur deux décennies de recherches, et de celle du jugement clinique des médecins, qui s'est avéré supérieur ici. Pour les auteurs, les approches fréquentistes dominent la littérature médicale et sont de plus en plus appliqués dans des contextes de pratique clinique, alors que, « ironiquement » le raisonnement et la prise de décision cliniques seraient « fondamentalement bayesiens ».

Dans le cas d'un jugement clinique, se basant sur des résultats de tests et sur des symptômes, « *Bayesians interpret the test result not as a categorical probability of a false positive but as the degree to which a positive or negative result adjusts the probability of a given disease. In this way, the test acts as an opinion modifier, updating a prior probability of disease to generate*

a posterior probability. In a sense, the bayesian approach asks, "What is the probability that this patient has the disease, given this test result?" This question proves to be an accurate encapsulation of Bayes's theorem. »²⁶. Outre le fait que les auteurs mettent l'accent sur le rôle fondamental de l'évaluation des résultats des tests, c'est-à-dire, dans notre travail, l'attribution d'une valeur probante dans la production des signes; cette contribution permet également de montrer à quel point décision et interprétation sont liées dans la pratique clinique. Ici, l'évaluation du *probable* se fait dans des pratiques de discernement du particulier, et se donne à voir dans une acception de la probabilité qui laisse une place au sujet qui constitue le signe par un acte de connaissance spécifique, sur un cas particulier donné, c'est-à-dire par la production d'une conjecture bayésienne.

26. Les bayésiens interprètent le résultat d'un test non comme une probabilité catégorique d'un faux-positif, mais comme une capacité selon laquelle un résultat positif ou négatif va ajuster la probabilité d'une maladie donnée. De cette façon, le test agit comme un modificateur d'opinion, mettant à jour une probabilité *a priori* d'une maladie pour produire une probabilité *a posteriori*. D'une certaine manière, l'approche bayésienne pose la question « Quelle est la probabilité que ce patient ait cette maladie étant donné ce résultat de test? » Cette question prouve qu'il s'agit d'une encapsulation du théorème de Bayes. (Notre trad.)

SYNTHÈSE

L'examen des pratiques et technologies effectué dans cette section dense a permis d'éclairer ce qui relève de la *conjecture* dans le raisonnement médical. Les deux premières parties de la section ont porté de façon plus spécifique sur les *pratiques* observées sur notre terrain, où nous avons identifié des formes de rationalité se déroulant spécifiquement dans ce type d'activités. La dernière sous-section a permis de compléter cet examen à l'aide d'une forme technique spécifique visant à modéliser les pratiques conjecturales.

- L'examen du dispositif de la RCP a été ici envisagé à partir de la catégorie des « cas difficiles », par opposition à la section précédente. Nous avons pu reconnaître ici que ce dispositif laisse une place importante à l'ajustement entre la règle et le cas, le général et le particulier. La discussion pluridisciplinaire telle qu'elle se déroule sur notre terrain intègre, pour cette catégorie de cas, un espace pour les contingences, pour la pratique conjecturale, et pour la *clinique*. Alors que cette dernière était peu visible dans les cas « standard », elle prend ici une place bien plus importante. La robustesse du dispositif de la RCP repose sur l'intégration de ces différentes formes de rationalité qui peuvent se déployer au sein des processus délibératif et interprétatif.
- Nous proposons de qualifier par le terme *rationalité clinique* la forme de rationalité : qui se donne à voir dans les pratiques conjecturales (que nous qualifions *infra*), qui comporte une dimension prudentielle importante, où se retrouvent des raisonnements de type abductif, et où le processus délibératif se produit par l'articulation de séquences narratives.
- Au sein de ces pratiques conjecturales, l'évaluation de la valeur probante des signes est distribuée, négociée. Dans le cas des signes radiologiques, cette évaluation repose sur la confiance dans l'interprète, ou sur l'évidence visuelle lorsque les images sont directement accessibles. Dans le cas des signes cliniques, l'évaluation de la valeur probante est produite à partir du sens clinique partagé par les acteurs en coprésence.
- La pratique conjecturale est tendue vers la réduction de l'incertitude, mais également vers l'évitement de l'erreur. Lorsqu'un soupçon d'erreur est évoqué, un processus collectif de production de l'univocité des signes se met en place, pour atteindre une probabilité acceptable.
- L'outil de formation et d'évaluation du jugement clinique montre par sa forme que l'acceptation du *probable* qui est retenue pour modéliser le processus s'appuie sur le paradigme *épistémique* ou *bayésien*. Dans ce modèle, l'évaluation de la probabilité intègre dans un même processus l'interprétation du sujet et l'accès à de nouvelles données permettant d'ajuster la première interprétation. Elle ne concerne pas de grandes séries de cas mais n'a de sens que dans l'évaluation d'un cas en particulier. Cette conception de la probabilité permet de qualifier les pratiques conjecturales relevant de la *rationalité clinique*.

6.4 DISCERNEMENT DU PARTICULIER ET DISCRÉTISATION

La dernière section du chapitre est consacrée au *processus interprétatif*, c'est-à-dire aux pratiques de production des signes. Nous avons fait référence à de nombreuses reprises au rôle particulier de l'imagerie médicale dans les pratiques délibératives et interprétatives des médecins. Ces pratiques sont envisagées selon les axes qui ont structuré notre problématique et notre questionnement jusqu'ici, à savoir l'interrogation des formes spatialisées – les techniques qui équipent l'activité – et celle de la temporalisation dans les pratiques – l'ethnographie du travail médical. Le quatrième chapitre était consacré à la construction du processus interprétatif en objet de recherche, ce qui nous a amenée à le qualifier et le problématiser. La qualification du processus a permis de mettre en évidence la dimension perceptive qu'il comprend, où cette dimension était problématisée à l'aide des modèles de l'indice et de la prudence. Nous avons également souligné la dimension sémiotique de ce processus, que nous avons proposé d'envisager par les médiations socio-techniques qui en constituent les conditions de production. Enfin, le processus est problématisé à l'aide de la notion de *preuve* et de celle de *signe* dont la valeur probante est à produire dans les situations de communication équipées. À partir de ces éléments, il est possible d'interroger le processus interprétatif en tant que processus où l'organisation est actualisée dans les interactions, et où les spatialisations techniques peuvent être temporalisées dans les pratiques.

Nous montrons dans cette section les spécificités des choix incorporés dans les technologies de classification, sur lesquelles repose le processus interprétatif. Il s'agit de décrire et d'analyser comment ces échelles de jugement participent à la production du jugement perceptif et des signes. Comme nous l'avons exposé dans le quatrième chapitre, percevoir et produire des signes relèvent de pratiques de discernement du particulier, que nous interrogeons ici à la lumière de la production des catégories et des pratiques de catégorisation. Tout au long de ce chapitre, nous avons fait référence à ces échelles de jugement – le TNM, le score OMS, en particulier – il s'agit donc ici de les interroger en tant que *technologies*, c'est-à-dire dans la relation constitutive qu'elles entretiennent avec les pratiques et donc leur capacité à donner forme aux processus organisants, en suivant nos ancrages théoriques.

Cette section est également celle où nous prêtons une attention spécifique aux pratiques de l'interprétation radiologique, phénomène qui nous avait interpellée dès nos premières observations de terrain. L'opacité de ces pratiques pour les non-initiés avait attiré notre attention, et nous a par la suite permis d'accorder une place de choix à ces processus de production sémiotique au sein de nos observables et de nos objets de recherche. Nous convoquons différentes observations ethnographiques issues de la RCP que nous enrichissons d'observables complémentaires.

6.4.1 TECHNOLOGIES D'ORDONNANCEMENT DES SIGNES

L'objectif de cette sous-section est de proposer une analyse des technologies qui participent de la production des signes dans un contexte de pratiques orientées vers la production d'une décision. Comme nous l'avons montré tout au long de ce chapitre, les processus délibératifs de la RCP sont équipés de médiations socio-techniques tournés vers la réduction de l'incertitude et la production de signes probants, tout en visant à les constituer en prises stables, univoques. Pour produire cette analyse, nous convoquons différentes références théoriques, que nous appliquons au cas particulier du score OMS (Voir en particulier 5.3.3.2, p. 231 et suivantes). Nous avons retenu cette technologie en raison de la facilité de compréhension pour le non spécialiste de la disparité entre les catégories de classement qu'elle fournit (cinq catégories distinctes, voir 5.9), et l'immensité des ordres de réalité qu'elle cherche à catégoriser (l'état général d'autonomie d'un patient).

Dans les pratiques délibératives de la RCP, cette tension entre les conceptions de l'état général d'un patient et la catégorisation à l'aide de technologies de classification nous a paru être un point d'enquête particulièrement intéressant, dont nous rendons compte ici. Dans l'extrait suivant, David présente le cas d'une patiente à ses confrères, et il ne la « sent pas pour la chimio ».

- 1 Olivier : ouais pour temporiser mais pourquoi tu la sens pas parce
que si tu la sens pas pour la chimio, la chirurgie c'est quoi
t'as p- elle est fragile ou quoi ?
- 2 David : ben la chirurgie c'est une antrectomie c'est
- 3 Olivier : ouais enfin
- 4 David : c'est vrai quand je l'ai vue, elle était pâle comme la
neige, 5 grammes d'hémoglobine
- 5 Olivier : ouais voilà p't-être que voilà p't-être qu'elle a
récupéré parce qu'elle est quand même jeune sur le papier
alors p't-être qu'elle a récupéré aussi hein entre temps
depuis qu'tu l'as pas vue non ?
- 6 David : c'est une dame elle a toujours des douleurs vertébrales
chroniques elle est sous Oxycontin LP deux par jour ... enfin
elle a mal elle a ci elle a ça ya pas de contre indication à à
l'opérer quoi mais j'la sens pas vaillante pour une chimio
mais bon si j'la fais à dose unitaire

Transcript 6.7 – Extrait de cas

Dans ce court extrait, nous pouvons tout d'abord mesurer à quel point la production de la décision thérapeutique et les pratiques interprétatives cliniques sont enchevêtrées. Outre ce constat, nous soulignons l'expression employée par David pour qualifier l'état général de sa patiente : «pâle comme la neige». Lorsque nous avons assisté à la discussion de ce cas puis procédé à la transcription, cette expression nous a particulièrement interpellée. En effet, alors que nous étions en train d'étudier les recommandations de bonnes pratiques, les algorithmes décisionnels, et de procéder à notre enquête ethnographique, l'écart entre les codifications formalisées dans des échelles de jugement et l'expression employée par le clinicien s'est avéré frappant. Cette source d'étonnement a donc pris place dans notre réflexion, ce qui nous a donc permis de revenir sur cette problématique spécifique lors d'un des entretiens où l'enquêtée insistait spécifiquement sur l'importance du score OMS. Nous retenons de l'entretien avec Marie, à qui nous avons fait part de notre étonnement sur l'usage de cette expression, l'explication suivante :

Bon, ou alors elle est O.M.S 4, elle est, bon, là, y'a pas d'indication pour une chimio. Ou elle est O.M.S 2, et elle peut avoir une chimio, et c'est l'O.M.S 2 qui est un p'tit peu pâle comme la neige, ça voulait, ça voulait dire certainement qu'elle était O.M.S 2.

L'explication que nous fournit ici Marie nous paraît présenter des prises analytiques très riches. Nous proposons de développer les points suivants, afin de répondre à notre problématique à l'aide du matériau isolé ici : tout d'abord, il s'agit de qualifier ces échelles de jugement, d'en inférer des implications concernant les conditions de production des pratiques interprétatives, et enfin une interprétation relative au rôle organisationnel des processus interprétatifs.

Dans le cadre des approches communicationnelles des organisations, et plus particulièrement dans les travaux de J.-L. Bouillon (2009) portant sur les rationalisations organisationnelles, les dynamiques de rationalisation s'appuient sur un « *triple processus intégré d'optimisation, de codification et de justification des activités* ». Nous proposons ici de procéder à un resserrement de focale très précis sur le processus de codification. Nous l'avons déjà convoqué dans la première section portant sur les pratiques d'écriture du dossier Oncomip, mais nous souhaitons ici instancier ces questionnements en les faisant porter sur les implications de ce processus de *codification* au cœur des pratiques interprétatives, c'est-à-dire dans le cas qui nous occupe, dans la pratique *clinique*.

Pour aller au-delà de ce que nous avons déjà exposé auparavant concernant le processus de *codification*, nous souhaitons faire intervenir des outils conceptuels proches présentés

dans la construction de notre cadre théorique. Nous avons présenté dans le second chapitre une notion développée par Morana Alač (2011), que nous avons traduite par le terme d'*infrastructures perceptives* (Voir 2.3.3, p. 100 et suivantes). Dans le cadre de ce point d'analyse il est possible de montrer l'articulation de trois dimensions dans la mise en œuvre du score OMS envisagé comme *infrastructure perceptive*. Tout d'abord, la dimension technique que nous avons déjà largement commentée, est constituée par la classification elle-même. La dimension sémiotique interroge les pratiques de lecture et de production de sens dans la mise en pratiques de l'*infrastructure*. Ici il est utile de se référer, à l'instar d'Alač, à la notion de *lecteur modèle* développée par Eco. Dans cette perspective, la classification est incomplète et demande une coopération interprétative essentielle à la production de la signification. Ce qui est inscrit dans le score OMS prescrit une forme de lecture clinique, et demande de positionner l'interprétation dans un ensemble discret de cinq valeurs. Pour reprendre l'analyse d'Alač à notre compte, l'apprentissage de la perception clinique implique d'assimiler une façon de « voir » afin d'aligner sa lecture avec le *lecteur modèle* (Alač, 2011, p. 39). Enfin, la dimension sociale que contient la notion d'*infrastructure perceptive* met l'accent, sur notre terrain, sur la négociation à l'œuvre dans l'attribution d'une catégorie au cas discuté. C'est bien de cela dont il est question dans l'extrait 6.7. Les médecins, dans le processus délibératif, procèdent à une des *micro décisions* qui constellent le raisonnement médical : ils doivent déterminer l'éligibilité de la patiente à la chimiothérapie. Dans le cas de cette patiente, il s'agit de ce que les médecins nomment les cas limite, c'est-à-dire ceux pour lesquels l'attribution d'une catégorie pose problème. En l'occurrence, ce que nous expose Marie est très éclairant. Si pâle comme la neige signifie OMS 2, il s'agit bien de ces cas où l'éligibilité à la chimiothérapie se discute, puisqu'en dépassant ce score, ce type de traitement n'est pas indiqué. Ainsi, l'*infrastructure perceptive* que constitue le score OMS se positionne de façon à « aiguiller » le processus délibératif par une *micro décision* d'ordre interprétatif. Le travail perceptif distribué au sein du collectif et des infrastructures se donne alors à voir comme un enjeu de négociation important, où la coopération interprétative qui se produit va conditionner le processus délibératif qui mènera au choix thérapeutique final.

Nous souhaitons poursuivre ce point d'analyse à l'aide d'autres éléments de notre cadre théorique, pouvant amener à une montée en généralité plus importante. Nous avons montré dans le second chapitre²⁷ que pour comprendre le processus de *codification*, il était également possible de s'appuyer sur le concept stieglierien de *grammatisation*, qui, pour rappel, consiste en une formalisation d'une pratique humaine en vue de sa reproduction en se basant sur deux formes techniques canoniques : la *grammaire* et le *dictionnaire*. En effet, pour formaliser une pratique de façon à la reproduire à l'identique, il est nécessaire d'en isoler les éléments – les discrétiser – et de déterminer les liens logiques qui permettent de les manipuler – les algorithmiser. Dans le cas de figure que nous examinons ici, à savoir une échelle de jugement,

27. Voir 2.2.3, p. 91.

nous faisons référence au processus de discrétisation. En effet, la forme technique qui nous occupe ici est une échelle de jugement *discrète*, c'est-à-dire qu'elle fournit un nombre fini d'items permettant de procéder à la catégorisation du cas singulier. Nous disposons donc d'une technologie de rationalisation cognitive, qui impose de catégoriser tout cas dans une des cinq cases prévues par le score.

Ce qui nous paraît particulièrement intéressant dans cet aspect de notre recherche, c'est la correspondance qui est explicitée par Marie. D'une certaine manière, la clinicienne a *intégré* dans ses pratiques perceptives une catégorie hétéronome, qui est une catégorie de pensée, de décision, mais également de perception. Quand elle nous dit que *pâle* comme la neige veut certainement dire OMS2, c'est bien de cela dont il s'agit. Le processus perceptif professionnel qui note une anémie se manifestant par une pâleur importante infère de façon quasi automatique une catégorisation dans une échelle discrète. Ici, nous sommes très loin de la longue énumération que nous présentait David sur le « contexte du patient » (Voir 6.3.1.2, p. 292).

Ces pratiques de catégorisation, lorsqu'elles sont équipées de dispositifs techniques tels qu'une échelle de jugement discrète, nous paraissent avoir été pensées de façon à produire des automatismes décisionnels. Lors de l'entretien avec Marie, deux temps nous ont amenée à accorder du crédit à cette hypothèse.

Marie : Si on dit que le patient est. On commence en disant qu'il a 90 ans et qu'il est OMS4 et qu'il est pourri et que voilà, les gens vont même pas écouter la fin de la présentation.

et

Marie : Alors les éléments importants ça va être l'O.M.S, c'est à dire l'état général. Donc on a une classification de 0 à 4. Mais bon on utilise rarement, de temps en temps y'en a qui disent l'O.M.S 0, euh, Pour faire une chimiothérapie, faut s'arrêter à deux. Voilà, après quand il est 3, 4, on dit qu'il peut pas avoir de chimio. Donc ceux-là, déjà, s'il commence en disant, j'ai un patient O.M.S 3, les autres vont, risquent de ne pas écouter l'affaire, et dire bon, OK, voilà. Ça court-circuite complètement le reste, après ça peut, euh. Donc soit après celui qui présente a quelque chose à dire parce qu'il est 3-4, c'est à dire est-ce que on peut poser quand même une prothèse ? Est-ce que on peut faire des choses palliatives. Si en plus, la personne ne va pas, donner d'éléments par ra- pour avoir quelque chose d'autre, c'est vrai que ça va clôturer la discussion.

Ces deux extraits rendent compte de la capacité d'action remarquable de cette échelle de jugement discrète. Les termes employés par Marie, comme le « court-circuit », le fait que l'option thérapeutique de la chimiothérapie soit conditionnée à un score inférieur ou égal à deux, ou que personne n'écoute la présentation du cas lorsque les scores élevés témoignent d'un état général indigent « clôturent la discussion », militent selon nous pour un examen spécifique de ces technologies d'ordonnement des signes. Une analyse intéressante réside selon nous dans les travaux de Desrosières (2010), dans son ouvrage intitulé « *La politique des grands nombres* » et sous-titré « *Histoire de la raison statistique* ». Dans cet ouvrage, Desrosières consacre une partie importante de son enquête à la question de la classification, de la codification, et des catégories (le chapitre 8, pp. 289-341). Il attire notre attention sur une dualité importante qui réside dans les opérations de catégorisation. En effet, catégoriser peut vouloir dire *produire* des catégories, ou *affecter* un cas particulier à une catégorie générale.

Pour cela, Desrosières expose le projet scientifique de production de taxonomies à l'âge classique, étudiées également par Foucault dans *Les mots et les choses*. Pour Desrosières ce projet de « *mise en ordre exhaustive* » correspond à celui de la statistique entendue comme science de la constitution des États²⁸, à l'aide de nomenclatures cohérentes et connectées. L'auteur reprend l'opposition que Foucault a mise au jour entre deux formes de pensée de la collection des données : « *l'opposition entre Linné, pour qui "toute la nature peut rentrer dans une taxinomie", et Buffon, pour qui "elle est trop diverse et trop riche pour s'adapter à un cadre aussi rigide", introduit des débats récurrents tout au long de l'histoire des classifications statistiques : le codage comme sacrifice des perceptions inessentiels, le choix des variables pertinentes, la technique de construction des classes d'équivalence, le réalisme des catégories, et enfin l'historicité des discontinuités.* » (Desrosières, 2010, p. 293).

Mais Desrosières prolonge ce constat pour l'instancier dans ce que nous pouvons rapprocher de la question des *pratiques* qui nous occupe ici. Il s'agit de la différence fondamentale entre les pratiques des producteurs des catégories, et de celle de leurs utilisateurs, où les producteurs s'inspirent du « système » de Linné, dans une perspective « réaliste », alors que les seconds adoptent la « méthode » de Buffon, dans une perspective « nominaliste ». Les implications de cette division sont importantes : « *Le taxinomiste théoricien est spontanément attiré par la démarche de Linné, et méfiant à l'égard de celle de Buffon : que peut valoir une méthode dont les principes fluctuent au gré des difficultés rencontrées ? Pourtant, tout statisticien qui ne s'est pas contenté de bâtir une grille logique et cohérente mais qui a tenté de l'utiliser pour coder une pile de questionnaires, a senti que, dans nombre de cas, il ne peut s'en sortir autrement que par des assimilations, par proximité avec des cas déjà traités, suivant des logiques non prévues par la nomenclature. Ces pratiques locales sont souvent le fait d'agents œuvrant dans les ateliers de chiffrement et de saisie, selon une division du travail où les chefs s'inspirent des*

28. Le terme « statistique » en allemand, signifie littéralement cela.

préceptes de Linné, tandis que les exécutants appliquent plutôt, sans le savoir, la méthode de Buffon. » (*Ibid.*, p. 296).

En effet, Desrosières place cette distinction dans une division du travail : produire et utiliser les catégories ne mobilisent pas les mêmes formes de rationalité, ne répondent pas aux mêmes logiques professionnelles. La présence dans les pratiques perceptives des médecins de ces *objets frontières* permettent cependant de produire cette articulation : ce sont les mêmes échelles de jugement discrètes qui sont présentes dans les formes algorithmiques qui servent de guide aux pratiques délibératives, et dans les essais cliniques – le *gold standard* promu par l'*EBM*. Pourtant leur mobilisation et leur mise en action attribuent un rôle très particulier aux praticiens, à ceux qui doivent *coder* des cas particuliers dans des catégories. En ce sens, le collectif de médecins, lorsqu'il range un cas dans une catégorie, met en œuvre la discrétisation prévue dans d'autres espaces organisationnels. Les praticiens que nous avons observés sont des utilisateurs de ces technologies d'ordonnancement des signes, et les pratiques de discrétisation qu'ils effectuent rendent possible la mise en œuvre d'un projet de reproduction de bonnes pratiques. De façon métaphorique nous pourrions dire que le collectif fonctionne comme un réseau de capteurs perceptifs, s'ajustant selon les expertises de chacun pour produire une attribution du cas à une catégorie, qui reste conjecturale mais néanmoins exécutante d'un milieu technique grammatisé de façon hétéronome.

6.4.2 PRATIQUES INTERPRÉTATIVES : LE CAS DE LA RADIOLOGIE

Nous avons évoqué à de nombreuses reprises dans ce travail l'intérêt qu'avait suscité l'activité d'interprétation des images lors de nos observations de terrain. Il s'agit maintenant de préciser les raisons pour lesquelles nous avons manifesté cet intérêt, et d'en dégager des prises analytiques permettant d'éclairer cette pratique spécifique au sein des processus délibératif et interprétatif. Nous avons vu, en particulier dans le quatrième chapitre, que les signes visuels étaient devenus le standard de la rationalité médicale depuis Bichat : comme le montre Foucault dans *Naissance de la clinique*, ce qui peut être vu et décrit permet de rompre avec le langage des fantasmes et plonge la perception médicale dans un monde de constante visibilité. Le développement des signes paracliniques à l'aide des dispositifs contemporains d'imagerie se positionne dans une poursuite de cette quête de production d'une visibilité totale des substrats matériels des manifestations pathologiques.

Ces signes paracliniques ne se substituent pourtant pas à la pratique diagnostique clinique, ils s'y articulent finement pour permettre de faire sens à l'intérieur du savoir médical. Les pratiques de discernement du particulier que constituent les processus interprétatifs étudiés sont alors à examiner à la lumière de leur dimension collective au sein de la RCP. D'un point de vue empirique, lorsque nous sommes arrivées sur le terrain pour nos premières observations, nous avons certes à l'esprit d'identifier les technologies qui prennent part aux pratiques professionnelles des médecins, mais ce n'est pas uniquement pour cette raison-là que la place particulière de l'imagerie nous a interpellées. Alors que la RCP est un dispositif de concertation et un espace de décision, la place de l'imagerie y est particulièrement remarquable sur notre terrain, physiquement. Tout d'abord, une plaque « salle d'interprétation » figure la porte de la salle dans laquelle se déroule la réunion. De plus, l'organisation spatiale de la salle exige place le poste informatique de lecture des images dans une position centrale.

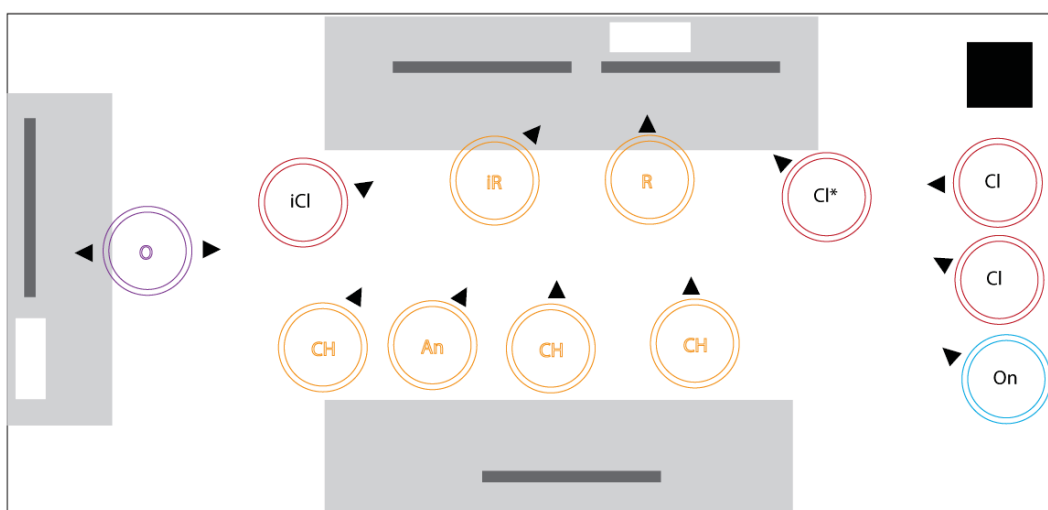


FIGURE 6.15 – Organisation de la salle de RCP

Pour illustrer ce point, nous avons reproduit dans la figure 6.15 un croquis des positions de chacun dans la salle. Ce schéma nécessite des explications complémentaires²⁹. Les rectangles pleins de couleur noire schématisent les positions des écrans, dont seuls celui de gauche et ceux du haut de la figure sont utilisés. Les cercles positionnés sur la figure représentent les différents acteurs, où la notation « Cl » désigne les médecins de la spécialité, « CH » les chirurgiens, « R » la radiologue, « An » l'anatomopathologiste, « O » le poste du médecin référent Oncomip (David, devant l'écran correspondant), et « On » désigne l'oncologue. Les « i » suivis d'une des spécialités désignent les positions des internes, et l'étoile précédant « Cl » désignait le médecin procédant à la narration du cas en cours. Enfin, le carré plein de couleur noire désigne la position de l'ethnographe. Nous avons fait figurer des têtes de flèches afin de rendre compte de l'orientation de chacun des participants, lorsque des images étaient affichées sur les écrans de la radiologue. Les opérateurs du poste de radiologie tournent donc le dos aux autres participants, de la même manière que l'opérateur du poste Oncomip peut le faire, lorsqu'il procède à une saisie. Mais l'intrigue se déroule visiblement ailleurs que sur le poste Oncomip, puisque les autres participants ne le regardent jamais. Notre observation ethnographique nous a amenée à remarquer qu'une discussion de cas commence toujours par une narration. Lorsque celle-ci débute, la première information donnée est le nom du patient, suivie de l'âge, puis de l'histoire de la maladie. Lorsque le nom est prononcé par le médecin qui présente le cas, les deux postes informatiques sont mobilisés par leurs opérateurs : David ouvre la fiche Oncomip correspondante, et Anna accède aux images disponibles et les affiche aux yeux de tous. À partir de ce moment, les regards des participants, qui pouvaient être tournés vers le clinicien qui procède à la narration, se tournent vers les images alors que le récit se poursuit, et que la discussion commence.

Un des points qui nous avait particulièrement interpellée réside dans la distribution de la discussion à visée interprétative des images : des médecins d'autres spécialités que la radiologie donnent leur avis sur les images, posent des questions, participent au guidage du processus interprétatif collectif. De plus, comme nous l'avons déjà exposé à différentes reprises, ce processus est long, entrecoupé de discussions portant davantage sur les conséquences d'une option thérapeutique évoquée, sur l'état clinique du patient. En somme, cette phase n'est pas isolée temporellement du reste du processus délibératif. Nous proposons donc de procéder à un point d'analyse relatif à cette forme de pratiques équipées, concernant la dimension collective et distribuée au sein de la RCP de la lecture des images.

Pour procéder à ce point analytique, nous proposons de nous appuyer sur une des discussions de cas observée dans la RCP. Lors de la discussion du cas de ce patient, un élément de

29. Précisons également qu'il s'agit d'une des configurations typiques, mais que la composition de l'équipe est variable, et que les places de chacun ont pu varier au cours des différentes réunions. Par exemple, nous faisons ici figurer l'anatomopathologiste et l'oncologue, mais leur présence aux réunions n'était pas systématique. Seules les positions des opérateurs des différents postes informatiques sont toujours les mêmes, et que les chirurgiens ont également des places attitrées.

son dossier s'est avéré particulièrement récalcitrant. Le patient arrive dans le service suite à des manifestations cliniques inquiétantes, qui s'ensuivent d'un diagnostic de cancer. Or, ce patient a été victime par le passé d'un autre cancer dans une localisation proche, qui a été traité par radiothérapie. Dès le début du processus de lecture des images, la radiologue constate un engainement tissulaire (un épaissement) qu'elle a des difficultés à catégoriser. Un court extrait de la discussion de ce cas suit.

1 David : ah il a déjà eu des rayons dans la zone
2 Marie : ouais
3 Serge : on peut pas lui faire des rayons ?
4 David : il commence très très mal
5 (...)
6 Anna : c'est pas ça qui peut donner cette infiltration alors ?
7 Onco : oh non
8 Serge : on peut lui faire aucun rayon alors ?
9 Onco : ah non non non. non non. non non.
10 Serge : on peut lui faire aucun rayon ?
11 Onco : non il peut pas y arriver là
12 Marie : le patient il doit être OMS1
13 (...)
14 Onco : mais la c'est vraiment belle zone irradiée hein pour le
coup hein, et là c'est pas cadeau apparemment parce que heu
pour le chirurgien ça va être, c'est pas possible parce que la
zone pelvienne c'est cuit
15 Marie : donc moi je l'ai mis T3NxMx
16 Serge : donc lui il faut pas lui faire une IRM lui ... ça est ce
que ça amènerait quelque chose de plus l'IRM ?
17 Marie : ben si on peut pas lui faire de rayons heu
18 Anna : je sais pas hein c'est p't-être la lésion heu
19 Serge : tu la vois où la lésion ?
20 Anna : elle est là hein
21 Serge : regardez ...
22 Anna : c'est circonférentiel ça va au dessus en dessous surtout
qu'il y a tout ça d'engainement tissulaire
23 (...)
24 Anna : c'est tout ça qui est infiltré
25 Marie : mais ya pas d'aspect de carcinose parce qu'il parle
d'aspect de carcinose
26 Anna : heu, en fait, heu c'est tellement symétrique et régulier
que si j'avais pu en faire une séquelle de quelque chose

Transcript 6.8 – Séquelle

L'élément récalcitrant est l'impossibilité de procéder à un nouveau traitement par radiothérapie. Entre la première et la 10^{ème} ligne, les médecins infèrent du passif thérapeutique du patient l'impossibilité de faire appel une nouvelle fois à ce type de traitement. Alors même que ce traitement a eu lieu il y a longtemps, la contre indication est néanmoins présente et immédiatement identifiée par David (clinicien de la spécialité), et se montre particulièrement récalcitrante aux projets de Serge (chirurgien de la spécialité), qui pose trois fois la question (lignes 3, 8 et 10). Ce qui nous intéresse particulièrement est l'hypothèse émise par la radiologue, Anna, à la ligne 6. Depuis qu'elle a affiché l'image, elle cherche à identifier et caractériser l'épaississement qu'elle voit sur les images. Elle demande alors à la ligne 6 si cette anomalie sur l'image ne pourrait pas être une séquelle de ce traitement antérieur. À cette question est opposée un non catégorique par l'oncologue présent à la réunion (qui a pour particularité d'être spécialisé en radiothérapie). Nous précisons par ailleurs que les sept non qui suivent à la ligne 9 nous ont paru être des réponses à la question de la radiologue. Celle de Serge a déjà eu une première réponse, et la pose une troisième fois immédiatement après. La discussion qui s'ensuit est marquée par un long silence de Anna, qui ne parvient pas à catégoriser l'anomalie après que sa première hypothèse a été rejetée de façon aussi péremptoire.

Dans la dernière intervention du transcript, Anna revient sur l'hypothèse écartée (ligne 26). Ici encore, le précédent créé par le traitement par radiothérapie est récalcitrant. Mais cette résistance est d'un ordre très différent ici. Alors que dans le cas de Serge, celle-ci portait sur le futur, et sur la perspective d'un nouveau traitement par rayons désormais interdit, la résistance porte ici sur le présent. L'interprétation qui paraissait la plus probable à Anna a été écartée par l'expertise de l'oncologue. Cette intervention donne à voir la dimension conjecturale de la lecture radiologique. Lors de notre entretien avec Anna, nous l'avons interrogée sur cet événement qui avait attiré notre attention lors de l'observation : « Là effectivement dans un contexte pareil, c'est hyper important de savoir si un patient a eu une radiothérapie ou pas. Parce que sinon, euh, de manière générale, on peut se tromper énormément. Et après euh, une fois que on a une anomalie qui peut être une séquelle radique, (pause) là le diagnostic est très difficile effectivement, ça va être la stabilité dans le temps qui va le prouver, qui va, qui va dire si on avait raison ou pas. C'est pas fréquent hein, ces cas radiques sont pas relativement faciles à, à voir. Au niveau, euh, thorax notamment, au niveau de l'abdomen je me souviens une fois, euh, du pelvis, où y'avait une image vraiment particulière, ça faisait vraiment séquelle radique, c'est peut-être ce jour-là. ». La difficulté de la lecture des images apparaît ici clairement, et nous identifions également dans cette pratique spécifique le « *spectre de l'erreur* » que nous avons identifié précédemment 6.3.2.2, p. 307).

L'extrait que nous avons isolé donne à voir un processus de catégorisation singulier. La spécificité réside dans l'échec de ce dernier. La radiologue isole un élément en identifiant une anomalie sur l'image. La pratique de discernement du particulier est ici produite par la radiologue. C'est l'attribution d'une catégorie et d'un statut dont on peut relever ici la dimension distribuée. Dans un article intitulé *I see what you are saying*, Alač et Hutchins (2004) s'intéressent à ces formes d'interprétation distribuées et montrent que l'interprétation et plus particulièrement son apprentissage se produisent à l'aide des paroles de l'expert, qui actualise par ses propos (et ses gestes dans l'analyse des deux chercheurs) des savoirs scientifiques stabilisés (p. 27). Dans notre extrait 6.8, l'expertise de l'oncologue portant sur la radiothérapie permet d'écarter un diagnostic qui aurait peut-être été erroné.

Du point de vue de notre propre recherche, nous pouvons montrer ici que ces pratiques de catégorisation permettent d'éclairer notre enquête. Tout d'abord, l'intervention de l'expert, en écartant l'hypothèse interprétative, restreint l'espace des possibilités de ce qui est perçu par la radiologue et plus largement par le collectif délibérant. En cela, l'évaluation de la valeur probante du signe perçu est totalement reconfigurée : si la valeur attribuée à la parole de l'expert est importante, l'espace des possibilités interprétatives est complètement modifié par cette nouvelle information. Comme nous l'avons vu dans la section précédente, le modèle bayésien de l'évaluation des probabilités est basé sur ces formes de raisonnement : la survenue d'une information complémentaire permet de procéder à une nouvelle évaluation de l'événement examiné.

Nous proposons donc de considérer que le processus interprétatif, envisagé dans une perspective distribuée, procède d'une évaluation du *probable* qui relève d'une acception bayésienne : c'est le *regard calculateur* dont parlait Foucault. Le second point que nous soulignons à partir de ce notre extrait est plus largement relatif à la dynamique de codification envisagée en tant que processus de discrétisation.

Dans l'extrait présenté, l'évaluation de la probabilité de l'interprétation est une opération qui cherche à placer une occurrence de manifestation d'une configuration pathologique – l'anomalie – au sein du savoir médical, constitué de *catégories*. Ce qui est perçu par les médecins dans cette courte séquence est incommensurable. Pour appuyer le propos, nous pouvons préciser que nous avons choisi de ne pas retranscrire une conversation téléphonique parallèle à la conversation, mais il se produit dans cet espace et dans ce temps finis une très grande quantité de phénomène perceptibles non pertinents pour la tenue des processus délibératif et interprétatif. Une sélection est donc opérée pour ne retenir que les points auxquels les médecins attribuent une dimension opérante dans la discussion. Cette sélection s'affine pour procéder à l'organisation de ce « *messy world* » en catégories pertinentes pour le processus délibératif en cours (Alač, 2011).

Ce processus de discrétisation permet alors d'articuler l'espace de la délibération avec celui des savoirs médicaux. En discernant dans le particulier des catégories traversant les espaces organisationnels – les *infrastructures perceptives*, qui peuvent également être analysées en tant qu'*objets frontière* – l'articulation entre l'espace de la délibération et celui du savoir et des bonnes pratiques peut alors se produire.

SYNTHÈSE

La dernière section de ce chapitre vient clôturer notre thèse avec une préoccupation qui nous a suivie pendant l'ensemble de ce travail. Avec le matériau que nous avons rassemblé, nous avons pu développer nos axes analytiques et apporter les points suivants que nous venons aux résultats de notre recherche.

- Les technologies qui équipent l'activité de production des signes ont été spécifiquement étudiées à partir d'une classification particulière, le score OMS. Ce score permet de répartir dans une échelle discrète des ordres de réalité variés concernant l'état clinique d'un patient. À partir de cette prise empirique, il est possible de dégager une tension entre les logiques d'élaboration et les logiques d'usage de ce type d'objets. La rationalité statistique qui préside à son élaboration entre en tension avec les logiques d'usage, relative à une division du travail (Desrosières, 2010), où le processus de discrétisation effectué par les acteurs ne se positionne pas dans une démarche d'ordonnement exhaustive mais dans une logique de codage à partir de catégories hétéronomes.
- Nous avons envisagé l'activité d'interprétation de l'imagerie radiologique comme une pratique de discernement du particulier où sont produits des signes paracliniques. Cette pratique comporte également une dimension conjecturale importante, de la même manière que les pratiques délibératives et interprétatives traitées précédemment. Les pratiques de la conjecture mises en œuvre dans les processus de discrétisation traités relèvent d'une acception du *probable* bayésienne ou épistémique.
- Le processus de discrétisation permet l'articulation entre des rationalités différentes, en reliant l'espace des savoirs et l'espace des pratiques, mais repose sur un processus interprétatif conjectural relevant d'une rationalité clinique.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans cette thèse, nous avons cherché à comprendre comment des dynamiques organisationnelles profondes venaient travailler des pratiques professionnelles très spécifiques, à savoir le raisonnement médical en oncologie. Nous avons tenté d'approcher ces recompositions de pratiques en étudiant leurs conditions de production, et plus spécifiquement par la dynamique de technicisation qui accompagne un mouvement général de rationalisation organisationnelle. Ce travail présente trois grands axes qui participent à constituer l'originalité de notre production :

- L'objet de la recherche en lui-même et la façon dont nous nous en sommes saisi constituent une contribution originale en communication organisationnelle. En effet, entreprendre d'étudier le raisonnement médical en oncologie suppose un investissement très important *autour* du terrain. Accéder au contenu des délibérations pour en saisir les enjeux suppose d'effectuer de nombreux apprentissages dans le champ de la biologie humaine et de la médecine, dont la complexité n'est pas à démontrer. La temporalité nécessairement contrainte de l'exercice académique de la thèse rend l'entreprise d'autant plus risquée, et le pari d'autant plus imprudent. Sans prétendre avoir fait le tour de la question de façon exhaustive, nous pensons toutefois que cette tentative méritait d'être mise en œuvre dans un tel travail.
- Le cadre théorique hybride que nous avons élaboré nous paraît également digne d'intérêt, par l'originalité de la proposition que nous portons. Nous avons fait le choix de partir d'un cadre théorique en communication organisationnelle – les ACO – qui présentait l'avantage d'être proche de notre environnement scientifique, mais l'incertitude d'une construction théorique en cours de constitution. Nous avons souhaité tirer parti de l'incomplétude du cadre pour l'instancier dans une construction propre à notre approche et à nos préoccupations. L'articulation proposée avec une pensée forte et structurée de la *technique* chez Stiegler nous paraît apporter des perspectives fécondes. Nous faisons en particulier référence au parallèle que nous avons proposé entre *rationalisation* chez J.-L. Bouillon et *grammatisation* chez B. Stiegler.
- Le troisième point qui nous paraît constituer l'originalité de notre thèse est celui de l'axe d'analyse que nous avons déterminé lors de la construction des objets de la recherche : la question de la *probabilité*. La présence permanente de références au *probable* dans les différents matériaux empiriques auxquels nous avons été confrontée

nous avait convaincue de la pertinence de l'examen de cette question ; mais cet objet s'est transformé en outil d'analyse, qui s'est avéré très heuristique dans notre processus réflexif.

SYNTHÈSE DES CONTRIBUTIONS

Un des premiers points que nous souhaitons verser à cette synthèse ne concerne pas une contribution à proprement parler, il ne s'agit pas d'un *résultat* de la recherche, mais des premières briques de cette recherche. Le contrat dans lequel s'inscrit cette thèse comportait dès le départ des directions nettes, qui permettaient à ce travail de s'inscrire dans une dynamique collective au sein du CERTOP. Le travail de problématisation que nous avons effectué demandait donc d'articuler un nombre important de contraintes, qui ont rendu ce processus long et complexe. Les difficultés d'un terrain, ainsi que celles de son ouverture, nous ont laissé une marge de manœuvre assez fine pour mener à bien ce travail de problématisation. C'est le premier point que nous voulions souligner. En effet, instancier un programme tel que TechnoRam dans un travail de jeune chercheur où le terrain n'a pas été préalablement approché, pour proposer une question de recherche originale, a constitué pour nous la pierre d'angle de l'exercice académique de la thèse.

Un point important de notre contribution réside dans l'élaboration du cadre théorique, et plus précisément dans le rapprochement que nous avons opéré entre *grammatisation* et *rationalisation*. En effet, toute la stratégie sur laquelle repose notre approche, en nous inscrivant dans une approche *intégrative*, consiste à s'appuyer sur la capacité des technologies à relier différents espaces organisationnels. Pour intégrer dans un même travail des préoccupations relatives aux politiques publiques de santé et aux pratiques perceptives, il est nécessaire de disposer de prises solides permettant de les articuler. En nous inscrivant dans le paradigme socio-technique en communication organisationnelle, nous choisissons donc de nous appuyer sur les technologies pour effectuer ces articulations. Lorsque nous nous appuyons sur les travaux de J.-L. Bouillon portant sur des dynamiques de rationalisation dans les organisations contemporaines, nous relevons la présence de cette préoccupation importante, et l'identification de processus qui ont également retenu toute notre attention comme en particulier le processus de *codification*. Nous avons proposé dans le second chapitre d'équiper l'approche *intégrative* d'une pensée renouvelée de la *technique* en prenant appui sur les travaux de B. Stiegler et ceux développés à l'université de technologie de Compiègne, plus spécifiquement. Ce parti-pris théorique nous a permis de disposer de la catégorie conceptuelle de la *grammatisation*, qui nous paraît ouvrir des perspectives stimulantes dans les travaux en communication organisationnelle portant sur les dynamiques de rationalisation. En effet, envisager les dynamiques de rationalisation équipées comme des processus de grammatisation permet d'identifier de nouvelles catégories conceptuelles et d'analyse. La

grammatisation est un processus visant à reproduire un processus à l'identique en se basant sur deux formes d'outils, le dictionnaire et la grammaire. Nous soutenons dans ce travail la proposition selon laquelle il est pertinent d'étudier les processus de rationalisation comme des processus de grammatisation, et où l'on s'attache à identifier les dictionnaires, qui sont ici des classifications; et la grammaire, qui s'instancie dans notre travail dans la préoccupation des logiques et des rationalités. Nous pouvons alors dire que tout processus de rationalisation s'appuie sur une discrétisation première sans laquelle aucune dynamique de reproductibilité des pratiques ne peut se concevoir.

La seconde contribution sur laquelle nous souhaitons revenir ici est à la fois d'ordre méthodologique et analytique. La proposition que nous avons portée au cinquième chapitre sous l'intitulé « démonter les boîtes noires » nécessite un retour réflexif. Lorsque nous avons utilisé ce terme, nous voulions souligner la tentative que nous portons dans ce travail, sur un nombre d'objets nécessairement restreint, de pousser l'observation le plus loin possible. C'est ce que nous avons effectué lorsque nous avons procédé à des incursions dans le domaine de la mathématisation du probable en interrogeant les paradigmes impliqués dans le design expérimental des essais cliniques randomisés, ou dans les tests de concordance de scripts. S'intéresser à ce type de choix, lorsqu'ils sont intégrés dans la dynamique générale de la recherche menée, nous paraît apporter des résultats de recherche originaux dans notre discipline, et des approches du terrain innovantes. Il s'agit en quelque sorte de procéder à une « rétro-ingénierie » des dispositifs techniques, pour comprendre quelles sont les visions du monde qu'ils encapsulent, et où l'on remonte dans le cas de notre recherche à des épistémologies et des théories de la connaissance complètement différentes.

Nous cherchions dans ce travail à qualifier les formes de rationalité à l'œuvre dans les processus délibératifs et interprétatifs observés, ainsi que celles inscrites dans les dispositifs. Une autre de nos contributions s'appuie à la fois sur la construction des objets de la recherche et sur l'analyse du matériau empirique. Le long développement que nous avons effectué dans la seconde partie de la thèse nous a permis de disposer d'objets de recherche construits et problématisés, où nous avons pu établir une proximité raisonnable avec le terrain. Ce travail a permis d'approcher les pratiques de la clinique de façon suffisamment précise pour pouvoir par la suite, lors de l'analyse, proposer de qualifier une forme de rationalité se rapportant à ses pratiques, la *rationalité clinique*.

Une contribution de notre thèse réside dans l'examen que nous avons accordé à la question des *pratiques conjecturales*. Dès l'élaboration de notre problématique à l'aide de la catégorie des professions à pratiques prudentielles, cette dimension était identifiée et vérifiée empiriquement. Mais ce que recouvre cette question était principalement conceptualisé à partir de l'incertitude des situations, de leur complexité, de la gravité des conséquences des

actions entreprises. Des travaux en sociologie s'intéressent aux ajustements autour des règles d'action, mais la proposition que nous avons portée a consisté à interroger les conceptions du *probable* que portaient les règles d'action et les écarts à celles-ci. En cela, nous pensons que cette proposition permet d'élaborer des espaces interdisciplinaires où l'approche socio-technique invite à interroger les logiques inscrites dans les dispositifs et temporalisées dans les pratiques.

En nous intéressant de près aux pratiques de la conjecture, la thèse a également permis de mettre en évidence la dimension conjecturale et collective des pratiques perceptives. Alors que ce type d'objets est souvent laissé à d'autres disciplines, notre tentative nous paraît porter des perspectives stimulantes pour investir des objets tels que les pratiques de perception et de catégorisation. Lorsque le travail perceptif est également envisagé par le prisme des pratiques de catégorisation et de discrétisation qui le socialisent aux yeux de l'ethnographe, il devient pertinent de chercher à identifier et qualifier les processus collectifs et équipés qui le supportent.

La dernière contribution que nous souhaitons verser à cette synthèse succincte concerne le processus délibératif que nous avons tenté d'analyser dans ce travail. Au terme de ce travail, le processus délibératif que nous avons étudié se donne à voir comme un espace d'articulation de rationalités. Nous avons souligné ce rôle intégratif du dispositif de la RCP, où sont simultanément conviées des recommandations de bonnes pratiques et des considérations ne relevant pas du domaine de la médecine. Après avoir cherché à identifier, comprendre et qualifier les formes de rationalités à l'œuvre au cours des processus délibératifs, nous avons pu voir se déployer conjointement des formes de rationalité très différentes. Lorsqu'elles sont examinées au prisme des conceptions du *probable* qu'elles incorporent, nous avons pu identifier des conceptions de la conjecture orthogonales – le paradigme fréquentiste d'un côté, le paradigme bayésien de l'autre. Pourtant, la RCP permet l'intégration de ces différentes conceptions, qui peuvent alors s'agencer.

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Cette recherche a été marquée par un terrain dont l'accès a été complexe et délicat. Nos recherches bibliographiques nous ont au contraire emmenée vers des terrains menés par des chercheurs expérimentés, dans des environnements très différents, où la question de la préservation du secret n'était pas aussi pesante que dans notre propre terrain. Nous pensons en particulier ici aux travaux de Morana Alač, portant sur l'interprétation de visuels d'IRM fonctionnels dans un laboratoire de neurosciences. Ces méthodologies ont été à la fois très stimulantes et très frustrantes. Comme nous l'avons évoqué à de multiples reprises, la question de l'interprétation des images nous a préoccupée pendant toute la durée de

notre recherche. Pourtant, malgré des tentatives autres, il n'a pas été possible de produire un matériau audiovisuel qui aurait pu permettre de mettre en œuvre la méthodologie proposée par Morana Alač, s'intéressant à la multimodalité des interactions interprétatives. Lever cette difficulté en restant dans le champ des pratiques de la médecine nous paraît très difficile, à moins de se porter davantage sur l'enseignement de la médecine, où il peut alors être possible de s'abstraire des discussions de cas de « vrais patients » et faire droit à ces perspectives de recherches très stimulantes.

Une autre perspective qui nous paraît pertinente relève de la vaste question de l'interdisciplinarité. Bien que les sciences de l'information et de la communication soient déjà constituées de façon interdisciplinaire, il nous est apparu en menant ce travail, qu'une interdisciplinarité entendue au sens fort du terme pourrait apporter des perspectives stimulantes. Nous avons effectué une tentative de façon autonome, en accédant de manière autodidacte à des enseignements dans des disciplines très éloignées de la nôtre : médecine, biologie, mathématiques, en particulier. La proximité avec ces ensembles disciplinaires offerte par notre appartenance institutionnelle à une université de sciences et de santé facilite ces accès, ces incursions, en offrant des interlocuteurs ponctuels, des ressources bibliographiques. Mais il nous semble qu'un travail interdisciplinaire plus ambitieux que celui que nous portons se doit d'intégrer des visions issues d'autres disciplines de façon plus structurée.

La dernière perspective de recherche que nous voulons souligner ici est relative à un élément de terrain survenu très tard dans la rédaction. Nous avons construit notre travail autour de la question du *raisonnement médical*, et l'avons instancié dans le contexte de la cancérologie. Un de nos enquêtés, lors d'un entretien, nous a parlé du *raisonnement cancérologique*. Nous n'avions pas identifié cette possibilité auparavant, mais celle-ci nous paraît présenter des perspectives particulièrement stimulantes. En opérant un déplacement vers une spécialisation plus fine afin de mieux qualifier les pratiques, il est possible d'en identifier des spécificités. Lors de cet entretien, notre enquêté a illustré la spécificité du raisonnement cancérologique par la construction d'une stratégie à long terme dans les pratiques. De plus, la pluridisciplinarité jouerait un rôle majeur dans l'élaboration de la stratégie thérapeutique. La présence dans la réunion d'un chirurgien spécialisé permet au collectif d'identifier des étapes intermédiaires dans la stratégie à long terme. Par exemple, il devient alors possible de conjecturer que le patient peut devenir opérable si l'on parvient à éloigner une métastase d'un vaisseau. Il ne s'agit donc pas ici de pronostic à long terme mais d'établir une stratégie structurée par étapes, où, pour reprendre notre exemple, les actions à entreprendre pour atteindre chacun des objectifs intermédiaires sont plus simples à réaliser (dans notre exemple, il s'agit de faire réduire la taille de la lésion pour l'éloigner du vaisseau à l'aide d'une chimiothérapie très forte). Ces perspectives nous paraissent particulièrement intéressantes, et nous inviteraient à investir le champ de l'élaboration collective de stratégies.

Cependant, ces éléments étant arrivés très tard dans la rédaction de la thèse, nous ne les avons pas développés. Ils auraient rendu nécessaires de nouvelles observations et entretiens spécifiques, ainsi qu'un travail théorique supplémentaire, ce qui était difficile à réaliser en fin de thèse. Même si ces éléments avaient été connus dès nos premières observations, le travail entrepris afin de s'acculturer au terrain aurait été toutefois nécessaire. En cela, ces derniers éléments d'enquête nous paraissent soulever des perspectives pertinentes relatives à ce travail.

Nous souhaitons, pour clore cette conclusion générale, revenir sur des points de difficultés particulières, qui ne pouvaient être développés dans le corps de la thèse. C'est ainsi une occasion de prendre du recul sur le travail effectué et d'identifier certains enjeux propres à un travail de thèse en sciences de l'information et de la communication.

Le premier point sur lequel nous souhaitons nous arrêter brièvement nous a accompagné toute la durée de la thèse. Enquêter sur les pratiques de la médecine revient à se plonger dans un ensemble de savoirs et de pratiques qui présente à la fois une étrangeté et une proximité dont la concomitance est complexe à gérer. Ce point est propre à notre ensemble disciplinaire, et à l'objet de notre enquête. En effet, comme cela a pu transparaître dans le corps de la thèse, s'intéresser à la sémiologie médicale et l'interroger à l'aide de catégories appartenant à la sémiotique en sciences humaines et sociales positionne le chercheur sur un plan inconfortable, où il est nécessaire de procéder à une construction méthodique des objets de la recherche afin de ne pas commettre de confusions entre les catégories professionnelles, empiriques, analytiques et théoriques. Les savoirs et les pratiques de la médecine constituent un ensemble vaste, et de nombreux écrits professionnels prennent volontiers un recul important pour se positionner sur des enjeux éthiques, économiques et sociaux. Il a de nombreuses fois été tentant d'utiliser certains de ces éléments qui nous paraissaient pertinents, mais il a été nécessaire de les positionner davantage comme des éléments empiriques, et de garder une distance avec des discours utilisant des termes voisins dont la construction sous-jacente n'était pas compatible avec les catégories que nous avons élaborées.

Nous souhaitons également mentionner que l'exercice académique de la thèse nécessite d'effectuer des choix, et certains d'entre eux peuvent devenir définitifs, en fonction des contraintes temporelles et dans le souci de préserver la cohérence d'ensemble du travail mené. Lors de notre parcours doctoral, les phases de travail les plus importantes et les plus décisives ont été celles où nous avons élaboré nos objets de recherche. À la fin de celles-ci, nous avons identifié l'axe d'analyse de la question de la *probabilité*, qui a été particulièrement heuristique dans la suite de notre parcours. Cependant, dans les derniers mois de rédaction, nous avons réalisé qu'il aurait pu être davantage pertinent de questionner dès le départ le

concept d'*incertitude*, et d'élaborer notre problématique en le mobilisant. L'enquête aurait été profondément modifiée, ainsi que nos recherches bibliographiques. Il se serait alors agi d'une autre thèse. Nous avons dû, pour terminer dans un délai raisonnable, aller au bout des choix que nous avons effectué en amont du parcours.

Au terme de ce volume, nous souhaitons souligner l'intérêt d'approcher des objets complexes tels que la médecine dans l'ensemble disciplinaire des sciences de l'information et de la communication. L'ouverture permise par le positionnement des SIC offre des possibilités de construction problématiques et théoriques d'une grande richesse, et d'une grande diversité. Nous nous sommes saisie de cet espace pour y déployer un cheminement nécessairement singulier et pour apporter nos propositions de contributions dans le champ de la communication organisationnelle et des approches intégratives.

TABLE DES FIGURES

1.1	General Scheme of Social Change (Bell, 1976, p. 117)	17
3.1	Les étapes de la méthode EBM (<i>Ibid.</i> , p.1122)	119
3.2	Étapes du modèle EBDM (Pennington et Hastie, 1993, p. 189)	131
3.3	Division aristotélicienne de l'activité humaine, d'après Bachimont (2010)	145
5.1	Phases de l'enquête empirique	207
5.2	Matériaux empiriques	208
5.3	Site web d'Oncomip : présentation de la mission relative au DCC	224
5.4	Formation Oncomip : extrait du diaporama	225
5.5	Application Oncomip : Capture d'écran d'une fiche patient sur la plateforme de test	226
5.6	Classification TNM : évaluer le T pour un cancer de l'estomac	229
5.7	Classification TNM : évaluer le N pour un cancer de l'estomac	230
5.8	Tableau de correspondance TNM - Stades (Sobin <i>et al.</i> , 2009, p. 76)	230
5.9	Échelle de performance de l'OMS	231
5.10	Échelle de Karnofsky	232
5.11	Niveaux de preuve et recommandations	234
5.12	Extrait du TNCD - Cancer de l'œsophage stade I (02/2014)	235
5.13	Extrait du TNCD - Cancer primitif du foie sur cirrhose (02/2014)	235
5.14	Observations ethnographiques de la RCP	240
5.15	Présentation des médecins	240
5.16	L'application TCS	245
5.17	Ethnographie Inserm : le plateau IRMf	247
5.18	Ethnographie Inserm	247
5.19	Voilà cette dame elle a une tumeur là	248
6.1	Poste de travail - Secrétariat Oncomip	256
6.2	Affichage du diagnostic	261
6.3	Incorporation du CIM-10 dans Oncomip	262
6.4	Classification CIM-10 correspondante	262

6.5	Score OMS et état clinique	264
6.6	Extrait du formulaire G8 intégré au DCC	265
6.7	Affichage du score G8	265
6.8	Roue de Deming (fiche RCP)	269
6.9	« Décision thérapeutique en cancérologie » (fiche RCP)	270
6.10	Algorithme décisionnel du référentiel régional	273
6.11	Recommandation de grade A - Cancer de l'estomac	281
6.12	Anatomie du côlon (d'après le manuel TNM)	302
6.13	Question de la plateforme de test	314
6.14	Résultats sur la plateforme de test	315
6.15	Organisation de la salle de RCP	326

BIBLIOGRAPHIE

- AKRICH, M. (1987). Comment décrire les objets techniques. *Techniques et culture*, 9:49–64.
- AKRICH, M. (1992). The De-Description of Technical Objects. *In Shaping Technology / Building Society : Studies in Sociotechnical Change*, pages 205–224. MIT Press, Cambridge, Mass.
- ALAČ, M. (2006). *How brain images reveal cognition : an ethnographic study of meaning-making in brain mapping practice*. Thèse de doctorat, University of California, San Diego.
- ALAČ, M. (2008). Working with Brain Scans : Digital Images and Gestural Interaction in fMRI Laboratory. *Social Studies of Science*, 38(4):483–508.
- ALAČ, M. (2011). *Handling digital brains a laboratory study of multimodal semiotic interaction in the age of computers*. MIT Press, Cambridge, Mass.
- ALAČ, M. et HUTCHINS, E. (2004). I see what you are saying : Action as cognition in fMRI brain mapping practice. *Journal of cognition and culture*, 4(3-4):3–4.
- ARISTOTE (2007). *Éthique à Nicomaque*. J. Vrin, Paris.
- ARNAULD, A., NICOLE, P. et JOURDAIN, C. (1662). *La logique ou L'art de penser*. Gallimard, 1992, Paris.
- AUBENQUE, P. (2014). *La prudence chez Aristote*. PUF, Paris.
- AUROUX, S. (1995). *La révolution technologique de la grammatisation*. Editions Mardaga, Liège.
- BACHIMONT, B. (2010). *Le sens de la technique : le numérique et le calcul*. Encre marine.
- BAILLET, F. (2004). *Cancérologie. Niveau DCEM3*. UPMC.
- BARIÉTY, J., CAPRON, L. et GRATEAU, G. (2009). *Sémiologie clinique*. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux.
- BARTHES, R. (1970). L'ancienne rhétorique. *Communications*, 16(1):172–223.
- BAZET, I. (2015). Du corps incarné au data-corps du patient : les “coulisses” communicationnelles. *In Actes du Colloque International Org & Co*, pages 91–99, Toulouse.

- BELL, D. (1976). *The Coming of post-industrial society : a venture in social forecasting*. Basic Books, New York.
- BERG, M. (1995). Turning a Practice into a Science : Reconceptualizing Postwar Medical Practice. *Social Studies of Science*, 25(3):437–476.
- BERG, M. (1997). *Rationalizing medical work decision-support techniques and medical practices*. MIT Press, Cambridge, Mass.
- BERG, M. (2008). Practices of reading and writing : the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of health & illness*, 18(4):499–524.
- BERNARD, C. (1864). Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. *Revue des cours scientifiques*. Paris, page 71.
- BERNARD, F. (2000). Objet professionnel et objet scientifique : divergences et convergences, le cas du projet d'entreprise. In *Communications organisationnelles. Objets, pratiques, dispositifs.*, pages 149–156. Presses Universitaires de Rennes.
- BICHAT, X. (1805). *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. Brosson (Paris).
- BONNEVILLE, L. et GROSJEAN, S. (2010). *La Communication Organisationnelle : Approches, Processus et Enjeux*. Les Editions de la Cheneliere, Incorporated.
- BONNEVILLE, L., GROSJEAN, S. et MAYÈRE, A. (2009). *Sciences de la Société, N° 76 : Rationalisation des organisations hospitalières*. Presses Universitaires du Mirail.
- BOUCHEZ, J.-P. (2004). *Les nouveaux travailleurs du savoir*. Éditions d'organisation, Paris.
- BOUGNOUX, D. (1991). *La communication par la bande : introduction aux sciences de l'information et de la communication*. Textes à l'appui. Editions La Découverte, Paris.
- BOUGNOUX, D. (2002). *Introduction aux sciences de la communication*. La Découverte, nouv. éd édition.
- BOUILLON, J.-L. (2005). Autonomie professionnelle et rationalisations cognitives : les paradoxes dissimulés des organisations post-disciplinaires. *Etudes de communication*, (28):91–105.
- BOUILLON, J.-L. (2009). Comprendre l'organisation par la communication... sans réduire l'organisation à la communication. Enjeux, perspectives et limites d'une théorisation communicationnelle de l'organisation. In *Actes du colloque « Nouvelles tendances en communication organisationnelle »*, 77ème Congrès de l'ACFAS, Ottawa. Université d'Ottawa.
- BOUILLON, J.-L. (2013). *Concevoir communicationnellement l'organisation. Contribution à l'analyse des rationalisations organisationnelles dans le champ de la "communication*

- organisationnelle*". Habilitation à diriger les recherches. Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse.
- BOUILLON, J.-L., BOURDIN, S. et LONEUX, C. (2007). De la communication organisationnelle aux « approches communicationnelles » des organisations : glissement paradigmatique et migrations conceptuelles. *Communication et organisation*, (31):7–25.
- BOUILLON, J.-L., BOURDIN, S. et LONEUX, C. (2008). Approches communicationnelles des organisations : interroger l'organisation par la communication. Éléments de contextualisation. *Sciences de la Société*, pages 3–9.
- BOURDIN, S. (2008). Approche communicationnelle du changement organisationnel : organisations pédagogiques, TICE et situations de communication. *Sciences de la Société*, (74):123–139.
- BOURDIN, S., DAVID, B. et BOUILLON, J.-L. (2010). Travailleurs du savoir et rationalisation : approche interdisciplinaire du changement organisationnel. In *Au cœur et aux lisières des SIC*, pages 409–415, Dijon.
- BOUSSARD, V. (2008). *Sociologie de la gestion : les faiseurs de performance*. Perspectives sociologiques. Belin, Paris.
- BOWKER, G. C. (1996). The history of information infrastructures : The case of the international classification of diseases. *Information processing & management*, 32(1):49–61.
- BOWKER, G. C. et STAR, S. L. (2004). *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*. MIT Press.
- BRASSAC, C. et FIXMER, P. (2004). La décision collective comme processus de construction de sens. *Psychologie sociale appliquée. Emploi, travail, ressources humaines*, pages 111–118.
- BRULLEY, C.-A. (1801). *Essai sur l'art de conjecturer en médecine*. Croullebois (Paris).
- BYNUM, W. F. et PORTER, R. (1993). *Medicine and the five senses*. Cambridge University Press, Cambridge ; New York, N.Y., USA.
- BÉNÉJEAN, M. (2013). *Informatisation des productions d'information et des activités de communication dans les relations pilotes-contrôleurs : contradictions et reconfigurations entre technologies en projet et mises en pratiques*. Thèse de doctorat, Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse.
- CALLON, M. et LAW, J. (1997). L'irruption des non-humains dans les sciences humaines : quelques leçons tirées de la sociologie des sciences et des techniques. *Recherches*, pages 99–118.

- CANGUILHEM, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. PUF, Paris.
- CARAYOL, V. (2004). *Communication organisationnelle : Une perspective allagmatique*. Editions L'Harmattan.
- CASTEL, P. (2008). La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie. *Sciences sociales et santé*, 26(1):9–32.
- CASTEL, P. et DALGALARRONDO, S. (2005). Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales. *Sciences sociales et santé*, 23(4):5–40.
- CASTEL, P. et ROBELET, M. (2009). Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27(3):98–115.
- CHAMPY, F. (2006). Professional Discourses under the Pressure of Economic Values The Case of French Architects, Landscape Designers and Industrial Designers. *Current sociology*, 54(4):649–661.
- CHAMPY, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Presses universitaires de France, Paris.
- CHAMPY, F. (2012). *La Sociologie des Professions*. Presses Universitaires de France - PUF, 2e édition.
- CICOUREL, A. V. (1985). Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 60(1):79–89.
- CICOUREL, A. V., BOURDIEU, P. et WINKIN, Y. (2001). *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*. Seuil, Paris.
- CLÉRET, M., LE BEUX, P. et LE DUFF, F. (2001). Les systèmes d'aide à la décision médicale. *Les Cahiers du numérique*, Vol. 2(2):125–154.
- COHEN, M., MARCH, J. et OLSEN, J. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1):1–25.
- COOREN, F. (2006). The organizational world as a plenum of agencies. *In Communication as organizing : Empirical and theoretical explorations in the dynamic of text and conversation*. F. Cooren, J. R. Taylor & E. J. Van Every, Mahwah, NJ.
- COOREN, F. (2010). Ventriloquie, performativité et communication. *Réseaux*, 163(5):33.
- COOREN, F. et FAIRHURST, G. T. (2009). Dislocation and Stabilization : How to Scale Up from Interactions to Organization. *In Building Theories of Organization*, pages 117–152. Routledge.

- COOREN, F. et ROBICHAUD, D. (2011). Les approches constitutives. *In La communication organisationnelle. Approches, processus et enjeux.*, pages 140–175. Chenelière education édition.
- COUTURIER, D. (2009). *La mort de la clinique ?* Presses universitaires de France, Paris.
- CUNNINGHAM, D., ALLUM, W. H., STENNING, S. P., THOMPSON, J. N., CHIR, M., Van de VELDE, C. J., NICOLSON, M., SCARFFE, J. H., LOFTS, F. J., FALK, S. J. et OTHERS (2007). Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *ACP JOURNAL CLUB*, 146(1):2.
- DANBLON, E. (2009). Sur le paradoxe de la preuve en rhétorique. *Communications*, 84(1):9.
- DAVALLON, J. (2003). La médiation : la communication en procès ? *Médiation et Information*, 19:37–59.
- DAVALLON, J. (2004). Objet concret, objet scientifique, objet de recherche. *Hermès (Paris. 1988), 2004, 38, fascicule thématique "Les sciences de l'information et de la communication : savoirs et pouvoirs"*.
- de TERSAC, G., BAZET, I. et RAPP, L. (2007). *La rationalisation dans les entreprises par les technologies coopératives*. Octarès éditions.
- DELCAMBRE, P. (2008). *Sciences de la société : Approches communicationnelles des organisations*. Toulouse PU Mirail.
- DENIS, J. (2009). Le travail invisible de l'information. *In LICOPPE, C., éditeur : L'évolution des cultures numériques, de la mutation du lien social à l'organisation du travail*, pages 117–123.
- DENIS, J. et PONTILLE, D. (2012). Travailleurs de l'écrit, matières de l'information. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6, 1(1):1.
- DESROSIÈRES, A. (2010). *La politique des grands nombres*. La Découverte, Paris.
- DODIER, N. (1993). *L'expertise médicale*. Métailié.
- DRAKE, R. L. (2006). *Gray's anatomie pour les étudiants*. Elsevier, Paris.
- DUPUY, J.-P. (2005). *Aux origines des sciences cognitives*. Editions La Découverte, Paris.
- ECO, U. (1992). *La production des signes*. Le Livre de Poche, Paris.
- FEENBERG, A. (2004). *(Re)penser la technique : vers une technologie démocratique*. Découverte / M.A.U.S.S., Paris.
- FEINSTEIN MD, A. R. et HORWITZ MD, R. I. (1997). Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". *The American journal of medicine*, 103(6):529–535.

- FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France, 8e édition.
- FOUCAULT, M. (1966). *Les mots et les choses; une archéologie des sciences humaines*. Gallimard, Paris.
- FOUCAULT, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Gallimard, Paris.
- FRANCE STRATÉGIE (2012). Les recommandations médicales : un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ? La note d'analyse 291, Premier ministre.
- FREIDSON, E. (1984). The changing nature of professional control. *Annual review of sociology*, pages 1–20.
- FRIDELL, K., EDGREN, L., LINDSKÖLD, L., ASPELIN, P. et LUNDBERG, N. (2007). The impact of PACS on radiologists' work practice. *Journal of Digital Imaging*, 20(4):411–421.
- FRIEDMANN, G. (1964). *Le travail en miettes*. Gallimard, Paris, nouv. éd. rev. et augm édition.
- GARFINKEL, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie*. Presses Universitaires de France - PUF
- GERMAIN, O. et LACOLLEY, J.-L. (2012). La décision existe-t-elle ? *Revue française de gestion*, N° 225(6):47–59.
- GHERARDI, S. (2009). *Organizational Knowledge : The Texture of Workplace Learning*. John Wiley & Sons.
- GIET, D., MASSART, V., GAGNON, R. et CHARLIN, B. (2013). Le test de concordance de script en 20 questions. *Pédagogie Médicale*, 14(1):39–48.
- GILL, C. J., SABIN, L. et SCHMID, C. H. (2005). Why clinicians are natural bayesians. *BMJ : British Medical Journal*, 330(7499):1080–1083.
- GINZBURG, C. (1980). Signes, Traces, Pistes. Racines d'un paradigme de l'indice. *Le Débat*, (6):3–44.
- GINZBURG, C. (1989). Clues : Roots of an evidential paradigm. *Clues, myths, and the historical method*, pages 96–125.
- GINZBURG, C. (2007). Réflexions sur une hypothèse vingt-cinq ans après. *In L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Savoirs et systèmes de pensée, pages 37–47. Presses Universitaires du Septentrion.
- GOODWIN, C. (1994). Professional vision. *American anthropologist*, 96(3):606–633.
- GOODY, J. (1979). *La raison graphique*. Les Editions de Minuit.

- GOUT, M. (2011). *Penser l'agentivité des artefacts et la prothétisation dans les processus de médiations socio-techniques*. Mémoire de Master Recherche. Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- GOUT, M. (2012). Corps étendu et dimension prothétique des artefacts : vers une approche communicationnelle du travail d'équipement. In *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : enjeux, défis et perspectives, 80e congrès de l'ACFAS*, pages 128–141, Montréal, Québec.
- GOUT, M. (2014). Algorithmes, scripts et architextes : partir des technologies pour étudier les activités médicales et soignantes. Toulouse. Groupe Org&Co.
- GROSJEAN, S. et ROBICHAUD, D. (2010). Décider en temps réel : une activité située et distribuée mais aussi disloquée. *Langage et société*, 134(4):31.
- HACKING, I. (1988). Telepathy : Origins of Randomization in Experimental Design. *Isis*, 79(3):427–451.
- HACKING, I. (2002). *L'émergence de la probabilité*. Seuil, Paris.
- HAVELANGE, V. (2005). De l'outil à la médiation constitutive : pour une réévaluation phénoménologique, biologique et anthropologique de la technique. *Suppléances perceptives et interfaces, Arobase*, 1:8–45.
- HAVELANGE, V., LENAY, C. et STEWART, J. (2003). Les représentations : mémoire externe et objets techniques. *Intellectica*, (35):115–131.
- HOLLAN, J., HUTCHINS, E. et KIRSH, D. (2000). Distributed cognition : toward a new foundation for human-computer interaction research. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 7(2):174–196.
- HUNTER, K. M. (1993). *Doctors' Stories : The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton University Press, reprint édition.
- HUTCHINS, E. (1994). Comment le « cockpit » se souvient de ses vitesses. *Sociologie du travail*, 36(4):451–473.
- HUTCHINS, E. (1996). *Cognition in the Wild*. MIT Press, new édition.
- HUTCHINS, E. (2000). Distributed cognition. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*.
- HÉMONT, F. (2011). *Une approche communicationnelle du "développement fournisseur". Le cas des rapports clients-fournisseurs dans l'aéronautique*. Thèse de doctorat, Université Toulouse III - Paul Sabatier.

- IGAS-IGF (2007). Les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières. Mission d'audit et de modernisation 2006-M-081-02 / RM2007-018P.
- JEANNERET, Y. (2007). La prétention sémiotique dans la communication. *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours*, (23).
- JEANNERET, Y. (2008). *Penser la trivialité*. Communication, médiation et construits sociaux. Hermès science publications ; Lavoisier, Paris.
- JEANNERET, Y. (2009). The relation between mediation and use in the research field of information and communication in France. *RECIIS*, 3(3).
- JEANNERET, Y. et CHEVALIER, Y. (2009). La physionomie des systèmes : diagramme et représentation. *Communication & langages*, 2009(160):63–79.
- JEANNERET, Y. et SOUCHIER, E. (1999). Pour une poétique de l'écrit d'écran. *Xoana*, 6:97–107.
- JUNGERMANN, H. (2004). Decision Making. *Encyclopedia of Applied Psychology*, Elsevier, pages 569–574.
- KAUFMANN, J.-C. (2004). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin, Paris.
- KLEIN, A. (2012). *Du corps médical au corps du sujet*. Thèse de doctorat, Université de Lorraine.
- KLEIN, G. (1993a). A Recognition-Primed Decision (RPD) Model of Rapid Decision Making. *In Decision Making in Action. Models and Methods*, pages 138–147.
- KLEIN, G. A. (1993b). *Decision making in action : models and methods*. Ablex Pub., Norwood, N.J.
- KREITER, C. D. (2011). Commentary : The response process validity of a script concordance test item. *Advances in Health Sciences Education*, 17(1):7–9.
- LALANDE, A. et POIRIER, R. (1999). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Presses universitaires de France, Paris.
- LALLEMENT, M. (2004). Max Weber, la théorie économique et les apories de la rationalisation économique. *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques. Archives*, (34).
- LAMPLAND, M. et STAR, S. L. (2009). *Standards and their stories : how quantifying, classifying, and formalizing practices shape everyday life*. Cornell University Press, Ithaca.
- LARCHER, G. (2008). Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. Rapport final. Propositions. Rapport technique, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

- LAROCHE, H. (1995). From Decision to Action in Organizations : Decision-Making As a Social Representation. *Organization Science*, pages 62–75.
- LATOUR, B. (1985). Les « Vues » de l'esprit. Une introduction à l'anthropologie des sciences et des techniques. *Culture technique*, 14(14):4–29.
- LATOUR, B. (1992). Where are the missing masses? The sociology of a few mundane artifacts. *In Shaping technology/building society*, pages 225–258. MIT Press, Cambridge, Mass., w. e. bijker and j. law édition.
- LATOUR, B. (2004). Comment finir une thèse de sociologie. *Revue du MAUSS*, 2004/2(24):154–172.
- LATOUR, B. (2006a). *Changer de société, refaire de la sociologie*. Editions La Découverte.
- LATOUR, B. (2006b). *Petites leçons de sociologie des sciences*. La Découverte, Paris.
- LAËNNEC, R.-T.-H. (1819). *De l'auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*. J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé (Paris).
- LE COZ, P. (2007). *Petit traité de la décision médicale*. Editions du Seuil, Paris.
- LECOURT, D. (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Presses Universitaires de France, Paris.
- LEROI-GOURHAN, A. (1964). *Le geste et la parole. Tome 1 : Technique et Langage*. Sciences d'Aujourd'Hui. Albin Michel, Paris.
- LEROI-GOURHAN, A. (1969). *Le geste et la parole. Tome 2 : La mémoire et les rythmes*. Sciences d'Aujourd'Hui. Albin Michel.
- LIPSHITZ, R., KLEIN, G., ORASANU, J. et SALAS, E. (2001). Taking stock of naturalistic decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 14(5):331–352.
- LUBARSKY, S., GAGNON, R. et CHARLIN, B. (2012). Script concordance test item response process : The argument for probability versus typicality. *Advances in health sciences education*, 17(1):11–13.
- LUNDBERG, N. (1999). Impacts of PACS on radiological work. *In Proceedings of the International Conference on Supporting Group Work*, pages 169–178.
- MARCH, J. G. (1991). *Décisions et organisations*. Editions d'Organisation, Paris.
- MARCH, J. G. et SIMON, H. A. (1958). *Organizations*. John Wiley and Sons, New York.

- MARKS, H. (1999). *La médecine des preuves : histoire et anthropologie des essais cliniques : 1900-1990*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, Le Plessis-Robinson.
- MARKS, H. M. (2000). Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960). *Sciences sociales et santé*, 18(4):9-27.
- MARRAST, P. (2010). *Équipement des productions d'information et recomposition des activités de communication : Le cas de l'informatisation du dossier de soin dans un établissement hospitalier*. Mémoire de Master Recherche. Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- MARRAST, P. et MAYÈRE, A. (2013). Numérisation des processus organisant et paradoxes managériaux : biographie d'une feuille de transmission, entre texte local 'sauvage' et texte autorisé. *In Colloque International Org & Co*, pages 202-211, Université Nice Sophia-Antipolis.
- MASQUELET, A. C. (2006). *Le raisonnement médical*. Presse universitaire de France, Paris.
- MAYNARD, A. (1996). Evidence based medicine. Cost effectiveness and equity are ignored. *BMJ : British Medical Journal*, 313(7050):170.
- MAYÈRE, A. (2006). Repenser les TIC : Pour un cadre d'analyse des évolutions des dispositifs d'information-communication et des pratiques professionnelles. pages 33-36, Rennes.
- MAYÈRE, A. (2010). Organizational Communication and the Renewed Issue in Information and Communication Technologies. *Management Communication Quarterly*, 24(4):612-619.
- MAYÈRE, A. (2013). Communication organisationnelle et organisations de santé : enjeux et perspectives. *Revue Internationale Communication sociale et publique*, (8):99-111.
- MAYÈRE, A., BAZET, I. et ROUX, A. (2012). Zéro papier et pense-bêtes à l'aune de l'informatisation du dossier de soins. *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 6 n°1(1):154-178.
- MAYÈRE, A. et ROUX, A. (2009). Écritures individuelles et collectives. Déclarer, ne pas déclarer, savoir dire et savoir jouer avec le dispositif. *Études de communication*, (33):57-78.
- MAYÈRE, A., VÁSQUEZ, C., BAZET, I. et ROUX, A. (2013). Inscription, prescription, sanction : les 'entre-faire' d'une norme dans le processus d'informatisation du dossier de soin. *In Communiquer dans un monde de normes. L'information et la communication dans les enjeux contemporains de la 'mondialisation' . Actes du colloque*.
- MEYER-BOLZINGER, D. (2008). Enquête et modèle clinique. *Fabula Colloques*.
- MIEGE, B. (2005). *La pensée communicationnelle*. PUG, 2e édition revue et augmentée édition.
- MOLLO, V. (2004). *Usage des ressources, adaptation des savoirs, gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique*. Thèse de doctorat, CNAM.

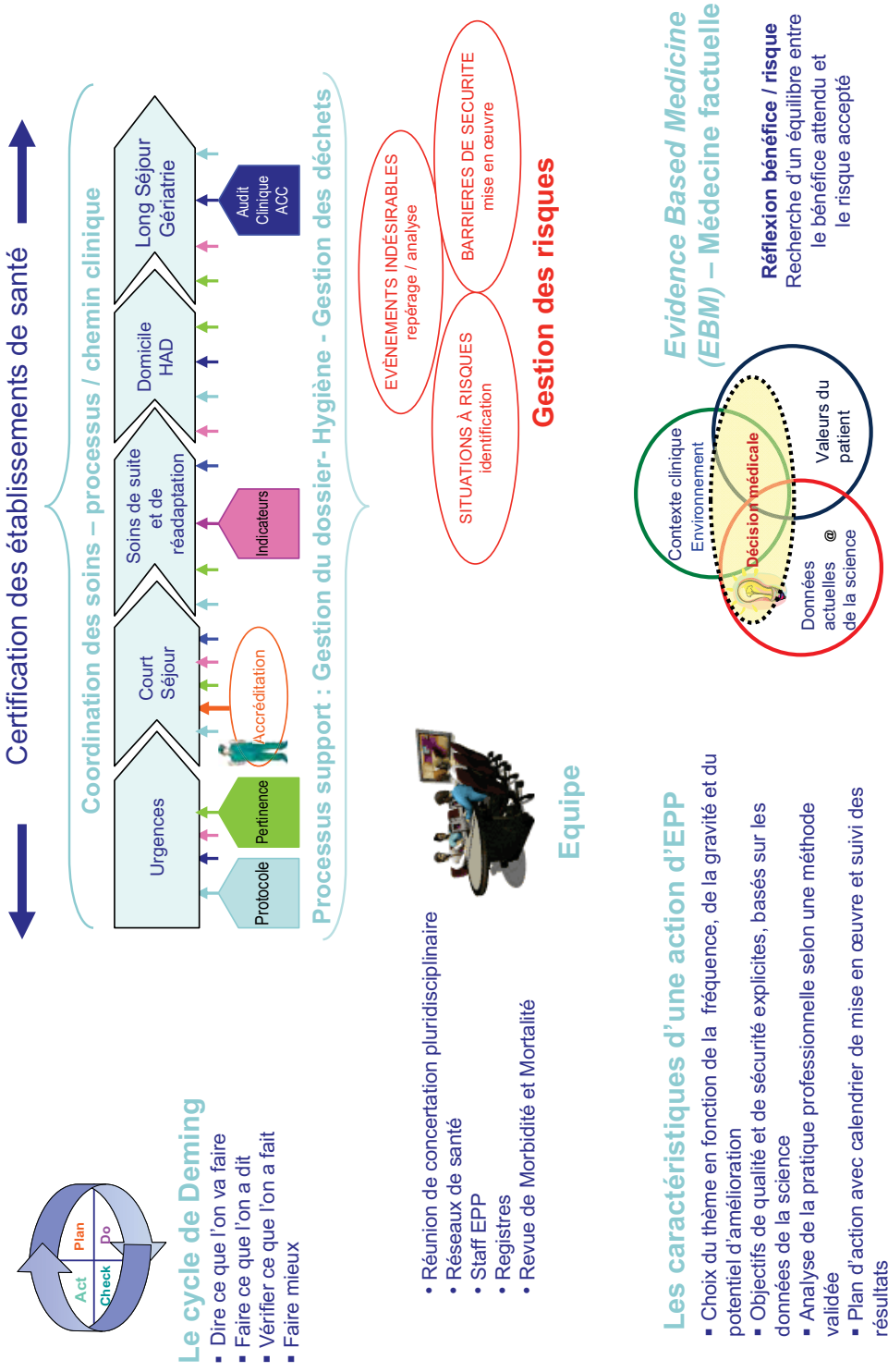
- NEWELL, A., SHAW, J. C. et SIMON, H. A. (1959). Report on a general problem-solving program. *In IFIP Congress*, pages 256–264.
- OGIEN, A. (2009). L'hôpital saisi par la quantification. Une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité. *Sciences de la société*, (76):30–51.
- OKEN, M. M., CREECH, R. H., TORMEY, D. C., HORTON, J., DAVIS, T. E., MCFADDEN, E. T. et CARBONE, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6):649–655.
- OLIVESI, S. (2004a). *Questions de méthode : une critique de la connaissance pour les sciences de la communication*. L'Harmattan, Paris; Budapest; Torino.
- OLIVESI, S. (2004b). User et mésuser. Sur les logiques d'appropriation de Michel Foucault par les sciences de la communication. *Les Enjeux de l'information et de la communication*.
- PENNINGTON, N. et HASTIE, R. (1993). A Theory of Explanation-Based Decision Making. *In Decision Making in Action. Models and Methods*, pages 188–201.
- PERRET, J.-B. (2004). Y a-t-il des objets plus communicationnels que d'autres? *Hermès, La Revue*, (1):121–128.
- PETIT, V. (2013). Vocabulaire d'Ars Industrialis. *In STIEGLER, B., éditeur : Pharmacologie du Front National*, Bibliothèque des savoirs, pages 369–441. Flammarion.
- PIERRU, F. (2012). Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194(4):32–51.
- POLANYI, M. (1967). *The Tacit Dimension*. Doubleday.
- QUEVAUVILLIERS, J. et FINGERHUT, A. (2009). *Dictionnaire médical avec atlas anatomique*. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux.
- RASMUSSEN, J. (1993). Deciding and Doing : Decision Making in Natural Contexts. *In Decision Making in Action. Models and Methods*, pages 158–171.
- REICH, R. (1997). *L'économie mondialisée*. Dunod.
- RIFKIN, J. (1997). *La fin du travail*. La Découverte, Paris.
- RIFKIN, J. (2000). *L'âge de l'accès : la révolution de la nouvelle économie*. La Découverte, Paris.
- RITZER, G. et WALCZAK, D. (1988). Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Social forces*, 67(1):1–22.
- ROBELET, M. (2001). La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences sociales et santé*, 19(2):73–98.

- ROLLAND, C. (2011). *Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique : application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle*. Thèse de doctorat, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II.
- ROLLAND, C. et SICOT, F. (2012). Les recommandations de bonne pratique en santé : Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et action publique*, 3(3):53.
- ROSENBERG, W. et DONALD, A. (1995a). Evidence based medicine : an approach to clinical problem-solving. *BMJ : British Medical Journal*, 310(6987):1122–1126.
- ROSENBERG, W. et DONALD, A. (1995b). Evidence based medicine (Author's reply). *BMJ : British Medical Journal*, 311(6999):259.
- ROUX, A. (2007). De l'usage à la pratique : les processus d'appropriation. Emprunts à la théorie de la structuration et empreinte du chercheur. *Communication et organisation*, (31):124–139.
- SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M., GRAY, J. M., HAYNES, R. B. et RICHARDSON, W. S. (1996). Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312:71–2.
- SCHATZKI, T. R., KNORR-CETINA, K. et SAVIGNY, E. v. (2001). *The practice turn in contemporary theory*. Routledge, London; New York.
- SCHOENEBOERN, D., BLASCHKE, S., COOREN, F., MCPHEE, R. D., SEIDL, D. et TAYLOR, J. R. (2014). The Three Schools of CCO Thinking Interactive Dialogue and Systematic Comparison. *Management Communication Quarterly*, 28(2):285–316.
- SIMON, H. A. (1983). *Administration et processus de décision*. Economica, Paris.
- SIMONDON, G. (1958). *Du mode d'existence des objets techniques*. Aubier.
- SIMONDON, G. (2005). *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*. Éditions Jérôme Millon.
- SIMONDON, G. (2013). *Cours sur la perception*. Presses universitaires de France édition.
- SOBIN, L. H., GOSPODAROWICZ, M. K., WITTEKIND, C. et INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (2009). *TNM classification of malignant tumours*. Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex, UK; Hoboken, NJ.
- STAR, S. L. (1999). The Ethnography of Infrastructure. *American Behavioral Scientist*, 43(3):377–391.
- STAR, S. L. (2010). Ceci n'est pas un objet-frontière ! *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(1):18–35.

- STEINER, P. (2007). *De l'externalisme de la signification à l'externalisation de la pensée*. Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille I.
- STEINER, P. (2010). Philosophie, Technologie, Cognition. *Intellectica*, 53-54:7–40.
- STIEGLER, B. (1994). *La Technique et le Temps, tome 1. La Faute d'Epiméthée*. Editions Galilée.
- STIEGLER, B. (1995). Discrétiser le temps. *Cahiers de médiologie*, 9:115–121.
- STIEGLER, B. (1996). *La Technique et le Temps, tome 2. La Désorientation*. Editions Galilée.
- STIEGLER, B. (1998a). Leroi-Gourhan : l'inorganique organisé. *Cahiers de médiologie : Pourquoi des médiologues*, 6:187–194.
- STIEGLER, B. (1998b). Temps et individuations technique, psychique et collective dans l'œuvre de Simondon. *Intellectica*, (26-27):241–256.
- STIEGLER, B. (2005). Individuation et grammatisation : quand la technique fait sens. *Documentaliste-Sciences de l'Information*, 42(6):354.
- STRAUSS, A. L. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan, Paris.
- SWIDEREK, K. (2014). *Communication et processus organisants : le cas du traitement des événements de sécurité dans le domaine du contrôle aérien*. Thèse de doctorat, Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse.
- TAYLOR, J. R. et DELCAMBRE, P. (2011). La communication organisationnelle : histoire, enjeux et fondements. In *La communication organisationnelle. Approches, processus et enjeux.*, pages 4–31. Chenelière-éducation.
- TEIRA, D. (2011). Frequentist versus Bayesian clinical trials. In *Philosophy of Medicine*, volume 16 de *Handbook of the Philosophy of Science*, pages 255–297. Elsevier.
- TELLIOUGLU, H. et WAGNER, I. (2001). Work practices surrounding PACS : the politics of space in hospitals. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 10(2):163–188.
- THORGAARD, K. et JENSEN, U. J. (2011). Evidence and the end of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14(3):273–280.
- THOUARD, D. (2007a). L'enquête sur l'indice. Quelques préalables. In *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Savoirs et systèmes de pensée, pages 9–21. Presses Universitaires du Septentrion.
- THOUARD, D. (2007b). *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*. Savoirs et systèmes de pensée. Presses Universitaires du Septentrion.

- TIMMERMANS, S. et BERG, M. (2003). *The gold standard : The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Temple University Press Philadelphia.
- TOURAINÉ, A. (1969). *La société post-industrielle*. Denoël.
- TUBIANA, M. (1995). *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape*. Flammarion, Paris.
- UPS (2008). *Cours de Cancérologie. DCEM3. Module 10*. Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- URFALINO, P. (2005). La décision fut-elle jamais un objet sociologique ?
- VACHER, B. (1998). Les enjeux de la manutention de l'information. *Systèmes d'Information et Management (French Journal of Management Information Systems)*, 3(2):65–83.
- VERBEEK, P.-P. (2006). Materializing Morality : Design Ethics and Technological Mediation. *Science, Technology & Human Values*, 31(3):361–380.
- VON NEUMANN, J. et MORGENSTERN, O. (1947). *The Theory of Games and Economic Behavior*. The Theory of Games and Economic Behavior. Princeton University Press.
- VÁSQUEZ, C. et MARROQUIN, L. (2008). A l'intersection du texte et de la conversation : comment jongler avec l'effet et le processus ? *Sciences de la société*, (74):26–41.
- WATZLAWICK, P., BAVELAS, J. B. et JACKSON, D. D. (1979). *Une logique de la communication*. Éditions du Seuil, [Paris].
- WEBER, M. (2003). *Économie et société*. Pocket, Paris.
- WEICK, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Foundations for organizational science. Sage Publications, Thousand Oaks.
- WIENER, N., MISTOULON, P.-Y. et ROUX, R. L. (2014). *Cybernétique et société : L'usage humain des êtres humains*. Points, Paris.
- WINNER, L. (1980). Do artifacts have politics? *Daedalus*, 109(1):121–136.
- WITTEKIND, C. F., GREENE, F. L., HUTTER, R. V. P., KLIMPFINGER, M. et SOBIN, L., éditeurs (2005). *TNM Atlas : Illustrated Guide to the TNM/pTNM Classification of Malignant Tumours*. Springer, Berlin ; New York, 5th ed. 2005. corr. 2nd printing edition édition.
- WORK FOUNDATION (2009). Knowledge Workers and Knowledge Work.
- YCHOU, M., BOIGE, V., PIGNON, J.-P., CONROY, T., BOUCHE, O., LEBRETON, G., DUCOURTIEUX, M., BEDENNE, L., FABRE, J.-M., SAINT-AUBERT, B., GENEVE, J., LASSER, P. et ROUGIER, P. (2011). Perioperative Chemotherapy Compared With Surgery Alone for Resectable Gastroesophageal Adenocarcinoma : An FNCLCC and FFCD Multicenter Phase III Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 29(13):1715–1721.

ANNEXES



Annexe 2 - Fiche RCP, HAS (2006)

Une démarche d'amélioration de la qualité

Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

Les réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie, permettent de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

- Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis doit être communiqué au patient et placé dans le dossier.

- La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie.
- La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). La RCP constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie.
- L'évaluation régulière des RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient.

Les critères de qualité des RCP sont précisés dans le plan cancer et la circulaire du 22 février 2005 :

- La **pluridisciplinarité** correspond à la présence d'au moins **trois spécialités différentes** qui doivent être adaptées au type de la RCP.
- Leur **fonctionnement** doit être **formalisé** : rythme (au moins 2 fois par mois), coordonnateur, secrétariat, type de dossiers à présenter, référentiels utilisés. Avant la réunion, une fiche standardisée de données médicales est remplie par le médecin qui inscrit le dossier à la RCP.
- **Tous les nouveaux cas** doivent être présentés avant mise en route du primo-traitement. Les dossiers des patients nécessitant une modification substantielle du traitement (reprise évolutive, toxicité...) sont également présentés.
- Si le dossier répond à une situation clinique faisant l'objet d'une procédure standard de prise en charge (ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire et traduite dans un référentiel de pratiques validé) et figurant dans une liste établie par le réseau régional il est possible de ne pas le discuter ; le dossier doit être présenté rapidement et la fiche RCP renseignée et archivée. Les autres dossiers sont obligatoirement discutés. Les propositions thérapeutiques sont fondées sur des **référentiels de pratique** élaborés à un niveau régional à partir de recommandations de pratique clinique nationales ou supranationales. Ils doivent être régulièrement actualisés. Les possibilités d'inclusion dans des essais thérapeutiques sont connues des participants.
- **L'avis de la RCP** comporte la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient (Dossier communicant en cancérologie). Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin.
- **L'évaluation régulière** des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité...) permet une amélioration continue de leur qualité et, *in fine*, du service rendu aux patients.

La HAS considère qu'un médecin qui participe activement et régulièrement (8 à 10 fois par an) à des RCP répondant aux critères énoncés ci-contre, remplit son obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (décret n° 2005-346 du 14 avril 2005).

- Comme toutes les méthodes d'amélioration, la RCP revient à analyser une pratique clinique en référence à une démarche optimale, souvent résumée dans un référentiel de pratique.
- Cette démarche s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards Deming dans les années soixante.
- Ce modèle, souvent appelé roue de Deming ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais *Plan, Do, Check et Act*, d'où le modèle *PDCA*).

Ces 4 étapes, constituant la base d'une démarche qualité, sont figurées ci-dessous :

1. Planifier (ou programmer) :

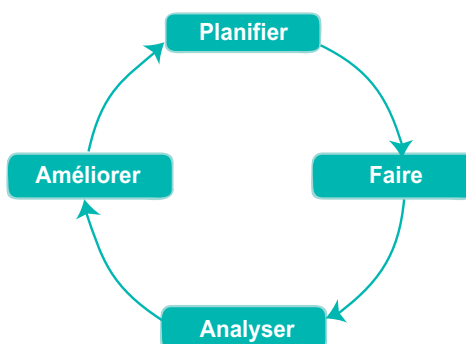
le médecin organise son activité de façon à participer régulièrement aux RCP (8 à 10 fois/an au minimum) et à y présenter de manière exhaustive les nouveaux cas de cancers.

- 2. Faire :** il participe effectivement aux RCP et, autant que possible, contribue aux adaptations continues des référentiels de pratique.

3. Analyser : il participe à l'évaluation périodique :

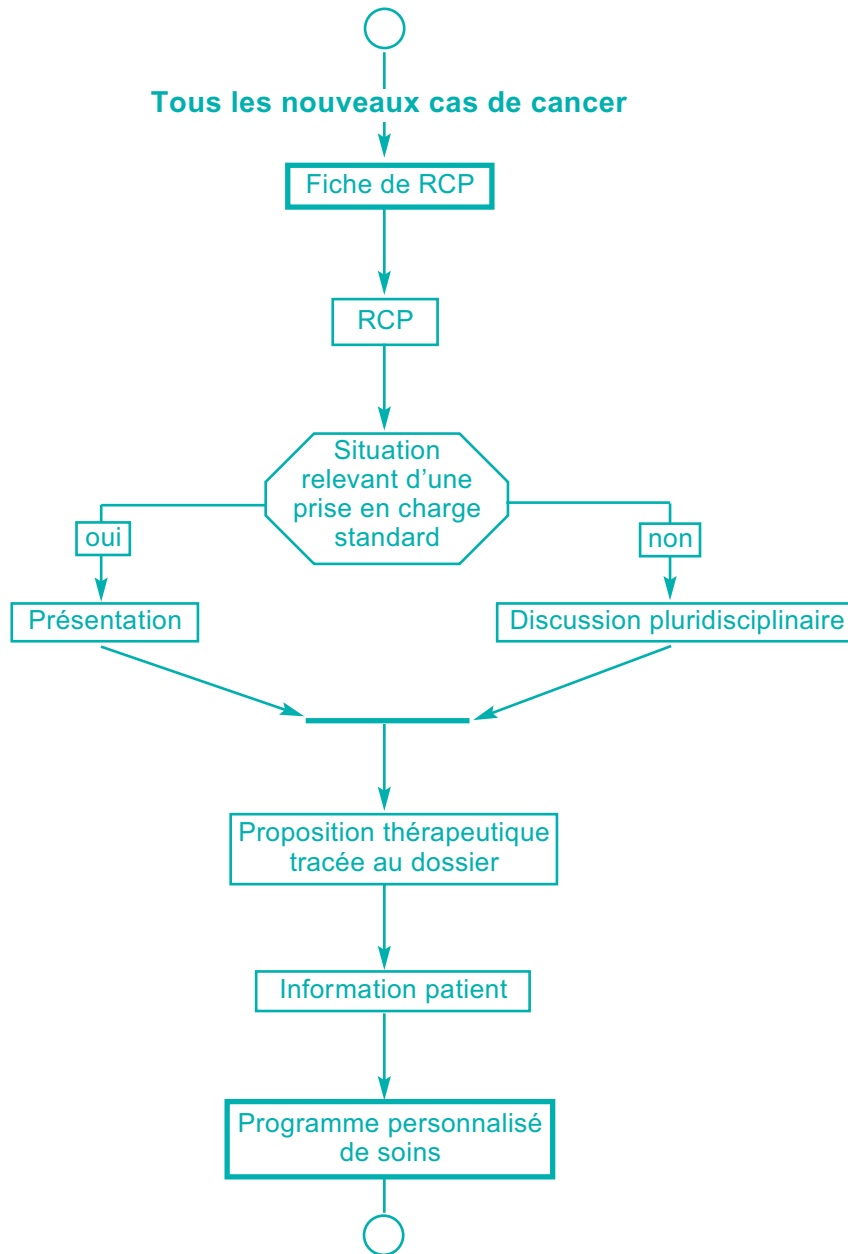
- de la pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion ;
- de l'adéquation des décisions avec les recommandations ;
- de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

- 4. Améliorer :** de cette analyse, il tire une amélioration continue de ses pratiques.



Dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'impliquent dans une démarche qualité, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques.

DÉCISION THÉRAPEUTIQUE EN CANCÉROLOGIE



© Haute Autorité de santé – EPP/RCP – Imprimé par IME - Décembre 2006

HAS

Tous les outils et programmes d'amélioration et d'évaluation des pratiques sont téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr

juin 2006



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Développement professionnel continu (DPC) – Fiche méthode –

Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Mai 2014

Cette fiche décrit la réalisation d'une RCP dans un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou la CS du HCPP. Elle complète la fiche « [Méthodes et modalités de DPC](#) ».

DÉFINITION

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment.

En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation, mais le dossier devra être ultérieurement présenté pour être entériné et cette prise en charge enregistrée et archivée.

De plus, pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire.

Toutefois, les RCP ne sont pas exclusives à l'oncologie et peuvent être utilisées dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes. Dans ce cas, il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et pour le traitement.

Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.

DESCRIPTION

Pour que la participation régulière à des RCP dans le cadre de l'activité clinique du professionnel puisse valider son obligation de DPC, elle doit nécessairement correspondre à une présence régulière aux RCP au cours desquelles il présente des cas de patients.

- Les RCP sont organisées selon les principes suivants :

1. Organisation de la RCP

- L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi adapté à la spécialité et à l'activité (mais doit être d'au moins 2 fois par mois en oncologie) et doit comprendre :
 - un **coordonnateur**. Son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avvertir les professionnels membres « permanents » de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées ;
 - un **secrétariat** ;
 - la **traçabilité** systématique de toutes les décisions, dont au moins un exemplaire doit être placé dans le dossier du malade (papier ou électronique) ;
 - l'**indication** des références scientifiques utilisées ou de l'essai thérapeutique qui serait proposé au patient ;
 - le **nom du médecin/professionnel référent** qui doit assurer le suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge).

2. Analyse des dossiers de patients

Au cours de la RCP, le dossier de chaque patient est présenté à tour de rôle et la prise en charge est définie collectivement sur la base des référentiels retenus. Sur cette base, un avis de la RCP est rédigé.

- La RCP doit procéder régulièrement à l'évaluation :
 - de la pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion ;
 - de l'adéquation des décisions avec les recommandations ;
 - de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

L'appropriation des recommandations ou des référentiels utilisés lors de la RCP peut faire l'objet d'une action de formation spécifique.

3. Avis de la RCP

L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualifications des participants. Il est intégré dans le dossier du patient. Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de la RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin référent et inscrites dans le dossier du patient. Un recueil permettant de noter à chaque réunion le nom des participants, celui des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise, est tenu à jour par le secrétariat.

La réalisation d'une RCP devra être complétée par un temps explicite de formation qui peut être :

- soit intégré à la démarche au moment de l'appropriation des recommandations ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser ;
- soit externalisé, en complément de la RCP et articulée avec elle.

TRAÇABILITÉ

- Les documents requis pour une RCP sont :
 - une charte ou procédure ou un règlement intérieur de la RCP qui en précise l'organisation et le fonctionnement ;
 - un compte rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants.
- Il est demandé au professionnel de santé une démarche explicite permettant :
 1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant **chaque année un bilan individuel d'activité**, notamment la traçabilité de l'application des décisions de la RCP pour les patients dont il a la charge (ou la raison argumentée de sa non-application) ;
 2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemple : compte rendu de réunion avec noms des participants, fiche de suivi d'action d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelle procédure de prise en charge, suivi d'indicateurs, etc.

Pour en savoir +

- **Coordination de la mesure de la performance et amélioration de la qualité, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** Cahier des charges des réunions de concertation pluridisciplinaire. Projet COMPAQH. Villejuif 2009.
http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/12_GYC_V2_CDC.pdf
- **Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.** Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Paris: ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille; 2013.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_101_220205.pdf
- **Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.** Plan cancer 2003-2009. Paris: ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2013.
http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
- **Ministère des affaires sociales et de la santé.** Plan cancer 2009-2013. Paris: ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2010. http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- **Site de l'Institut national du cancer (INCa) :** <http://www.e-cancer.fr/>

Annexe 4 - Fiche TCS, HAS (2014)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Développement professionnel continu (DPC)

– Fiche méthode –

Les tests de concordance de script (TCS)

Mai 2014

Cette fiche décrit la réalisation des TCS dans un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou la CS du HCPP. Elle complète la fiche « [Méthodes et modalités de DPC](#) ».

DÉFINITION

Les tests de concordance de script (TCS) sont des outils standardisés qui permettent d'évaluer le raisonnement clinique du professionnel qui le réalise et notamment sa capacité à prendre des décisions pertinentes dans des cas complexes, ou en situations d'« incertitude », en les confrontant aux avis d'un panel d'experts. Ils ont comme avantage, par rapport aux méthodes d'évaluation classiques (plus ciblées vers le contrôle des connaissances), d'être plus proches de la pratique réelle des professionnels.

Les TCS sont basés sur une théorie cognitive, la théorie des scripts, qui se focalise sur les réseaux de connaissance qu'utilisent les individus en situation de résolution de problème. Elle postule que les individus traitent les données liées à une situation complexe à résoudre en activant des réseaux de connaissance acquis, organisés pour la résolution de tâches : les scripts. Or un élément important de la compétence des professionnels réside justement dans cette capacité à agir en situation d'incertitude et à mobiliser les ressources décisionnelles nécessaires.

Ces TCS utilisent des vignettes courtes (qui décrivent des situations cliniques posant problème et choisies en fonction du raisonnement que l'on veut évaluer chez le participant) (voir exemple ci-dessous). Ces vignettes sont suivies par des propositions d'options ou d'hypothèses possibles. Pour chacune d'elle, une nouvelle information est alors proposée, et les professionnels doivent décider si elle augmente, diminue ou est sans conséquence sur la pertinence de cette option. Les réponses sont recueillies selon une échelle de Likert (de - 2 à + 2 par exemple). Les questions posées peuvent être du domaine diagnostique, pronostique ou thérapeutique. L'idée est de placer le professionnel devant une situation complexe, la plus proche possible de son activité réelle, et pour laquelle il existe une variabilité dans les réponses des experts.

■ **Exemple de TCS** (d'après Charlin *et al.*, 2005) :

- Une patiente de 65 ans est adressée aux urgences pour une suspicion d'embolie pulmonaire.
- Elle a des antécédents de diabète, d'insuffisance cardiaque et de BPCO.

► Une réponse pour chaque ligne.

Hypothèse	Nouvelle information	Conséquence sur l'hypothèse initiale				
Si vous pensiez faire	Et qu'alors vous trouvez...	L'effet sur la nécessité de demander ce test est le suivant... (cercler votre réponse)				
Un angioscan thoracique	Un traitement par metformine	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Un dosage des D-dimères	Un cancer de l'ovaire en cours de traitement	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Un écho-Doppler veineux	Un signe de Homans	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2

► **Réponses** : - 2 absolument contre-indiqué ; - 1 peu utile ; 0 non pertinent dans cette situation ; + 1 utile et souhaitable ; + 2 indispensable.

■ L'élaboration de ces TCS nécessite :

- une expertise méthodologique pour la construction du test, l'établissement des scores, la mise en ligne, l'exploitation des résultats... (cf. Fournier JP, *et al.* 2008). Les études publiées montrent qu'il faut une soixantaine de questions (20 vignettes de 3 questions chacune) pour atteindre une bonne fidélité de mesure ;
- un panel de référence constitué d'experts du thème qui permet d'élaborer la grille de correction. Un groupe de relecture, indépendant du panel, peut être utile pour modifier certaines questions ou en supprimer d'autres, apparaissant non pertinentes d'après les réponses du panel (par exemple du fait de réponses trop univoques ou trop dispersées).

DESCRIPTION

■ **Pour que la participation à des TCS puisse être reconnue comme une méthode de DPC, elle doit nécessairement comporter :**

1. **une auto-évaluation des pratiques** : par l'intermédiaire des réponses aux TCS qui évaluent ainsi le raisonnement clinique des professionnels ;
2. **un transfert des acquis** : par une synthèse des messages clés (appuyés sur des références scientifiques récentes et des axes de progrès éventuellement suggérés) qui peuvent être tirés de l'analyse des écarts des réponses des professionnels aux TCS par rapport à celles du panel d'experts. Cette restitution des résultats aux professionnels doit pouvoir faire l'objet d'un temps d'échange, soit à l'occasion d'une réunion présentielle, soit par l'intermédiaire d'un forum de dialogue en ligne ;
3. **un temps d'acquisition de compétences ou de connaissances**. Le temps qui suit la réalisation des TCS peut être utilisé dans ce but lors d'une réunion présentielle (par exemple à l'occasion d'un colloque ou d'un congrès), mais peut aussi se concevoir en ligne par Internet, avec possibilité d'organiser un forum de discussion autour des réponses ;
4. **un dispositif de suivi** des modifications de pratique est organisé. Il implique de la part du participant la définition d'objectifs d'amélioration et la mise en œuvre d'actions suite à la réalisation des TCS (et des étapes précédentes). Ces actions peuvent être diverses (mise en place de RMM, suivi d'indicateurs, mise en place d'une nouvelle procédure de prise en charge ou encore participation à une nouvelle session de TCS à distance de la première).

TRAÇABILITÉ

- Les documents suivants sont requis :
 - le document rédigé par le promoteur du programme qui décrit précisément les conditions d'organisation et de réalisation de celui-ci. Le public cible y est précisé, de même que la composition : des comités d'organisation et scientifique, du panel d'experts, du groupe de relecture éventuel ;
 - les TCS proposés aux professionnels ;
 - les supports pédagogiques proposés ;
 - les déclarations d'intérêts des intervenants dans le programme (organisateur, experts...).
- Il est demandé au professionnel de santé une démarche explicite permettant :
 1. de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant **chaque année un bilan individuel d'activité**. Celui-ci doit notamment permettre de justifier la pertinence du choix des TCS avec l'activité et les objectifs du professionnel ;
 2. d'assurer la **traçabilité** de ses actions en gardant auprès de lui tous les **documents justificatifs** susceptibles de lui être demandés. Par exemple : résultats des TCS et de l'analyse des écarts, attestation de présence à une formation, documents concernant les actions d'amélioration mises en œuvre.

Pour en savoir +

- **Charlin B, et al.** Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire* 2005;2(1):22-27.
- **Charlin B, et al.** The diagnosis script questionnaire: a new tool to assess a specific dimension of clinical competence. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 1998;3:51-58.
- **Dory V, et al.** How to construct and implement script concordance tests: insights from a systematic review. *Medical Education* 2012;46:552-563.
- **Fournier JP, et al.** Script concordance tests: guidelines for construction. *BMC Medical informatics and decision making*. 2008; 8: 18.
- **Gagnon R, et al.** Optimization of answer keys for script concordance testing: should we exclude deviant panellists, deviant responses, or neither? *Adv in Health Sci Educ* 2011;16:601-608.
- **Goulet F, et al.** Poorly performing physicians: does the script concordance test detect bad clinical reasoning? *J Contin Educ Health prof* 2010;30:161-166.
- **Labelle M, et al.** Formation continue en petits groupes sur l'ostéoporose: comparaison d'un atelier basé sur le test de concordance de scripts (TCS) et d'un atelier classique. *Pédagogie Médicale* 2003;4:145-153.
- **Le Loët X, et al.** Mise en œuvre, en situation professionnelle, des recommandations de la HAS, par la méthode du test de concordance de script combinée à l'analyse actualisée de la littérature. Application à la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhumatisme (Internet)*.
- **Sibert L, et al.** Mesure de l'impact des recommandations professionnelles sur la pratique quotidienne par le test de concordance de script : application à la polyarthrite rhumatoïde. États généraux de la formation médicale, Bobigny, 8-9/12/2012. www.doyens-egfm.org (abstract).
- www.cpass.umontreal.ca

Annexe 5 - Confidentialité

Direction

Engagement de confidentialité

Madame Marine GOUT, doctorante dans l'équipe Communication, risque, santé environnement (ECORSE) du Centre d'étude et de recherche travail, organisation, pouvoir (CERTOP) engage un travail au sein du [redacted] sur la construction du regard clinique médical et la circulation de ce regard par la médiation des outils, en particulier de l'imagerie. M. GOUT assiste dans cette tâche à des réunions de concertation et de décision médicales. Dans ce cadre, elle aura la connaissance ponctuelle de situations médicales individuelles couvertes par le secret professionnel des médecins.

Madame GOUT s'engage :

- A s'astreindre à préserver le secret des situations individuelles qu'elle entendrait, verrait ou comprendrait,
- A ne relater ces situations que sous une forme générale ne permettant pas d'identifier les patients concernés directement ou indirectement,
- A ne prendre aucune copie d'éléments de dossier médical ou de fichiers informatiques,
- A ne pas utiliser ou reproduire tout document institutionnel ou procédural sans y être autorisée.

Fait à [redacted] le 5.10.12

Marine GOUT

Directeur général

Annexe 6 - Grille d'entretien médecins

Grille d'entretien – médecins	
<p>Préambule : Confidentialité, Anonymat, Sécurité des données, Usage de l'entretien par le chercheur.</p>	<p>J'ai aussi remarqué que le rapport d'anapath était important. Quelle est son importance exactement ?</p> <p>- La clinique</p>
<p>Introduction</p> <p>Quelle est votre formation / spécialité médicale ? Depuis combien de temps exercez-vous à l'hôpital ?</p> <p>Hormis la RCP à laquelle vous participez, en quoi consiste votre activité à l'hôpital ?</p>	<p>Le médecin en charge du patient a également des informations à présenter à ses collègues. Hormis la présentation du cas au début de la discussion, quel type d'éléments peut-il porter à la connaissance des autres médecins présents ?</p> <p>Lorsqu'on lit des ouvrages où il est question de clinique, d'interprétation, et on y parle souvent de « regard médical » ou du « coup d'œil » du médecin. Est-ce que vous pouvez m'expliquer de quoi il s'agit ?</p>
<p>Centrage</p> <p>- La RCP</p> <p>Depuis quand participez-vous aux RCP ? Est-ce un dispositif qui existait déjà lors de votre formation initiale ?</p> <p>Pensez-vous que cette réunion permette d'améliorer la prise en charge des patients ?</p> <p>La RCP à laquelle j'ai assisté est-elle très différente d'autres RCP auxquelles vous prenez part ?</p> <p>Quelle est l'utilisation que vous faites du dispositif Oncomp ? À quoi vous sert-il, et à quoi peut-il servir à d'autres professionnels ou organisations ?</p> <p>J'ai vu qu'en fin de réunion, il y avait des discussions de cas non-cancéro. Quelles sont les différences dans les façons que vous avez de gérer les cas ?</p> <p>- La décision</p> <p>Pouvez-vous me décrire la façon dont les décisions sont prises lors de cette réunion ?</p> <p>Quel rôle jouent les recommandations et le thésaurus dans le choix du traitement ?</p> <p>J'ai vu qu'il y avait des algorithmes dans certains documents de recommandations. Sont-ils utilisés en pratique ?</p> <p>- L'imagerie et les signes paracliniques</p> <p>J'ai remarqué que lors de la discussion des cas, la relecture des images prenait beaucoup de temps et était effectuée de façon collective. Pourquoi ?</p> <p>Comment faites-vous pour vous mettre d'accord sur ce que vous voyez à l'écran ?</p>	<p>Pour vous, qu'est ce que la pratique clinique ?</p> <p>- L'EBM</p> <p>Connaissez-vous la méthode EBM ? L'avez-vous apprise pendant votre formation ?</p> <p>Que pensez-vous de cette façon de conceptualiser et de former à la médecine ?</p> <p>Pensez-vous que la médecine soit une science, un ensemble de sciences ?</p> <p>Approfondissement</p> <p>Il y a ce que raconte le clinicien à propos du patient, et ce qui est visible sur l'écran de la radiologue pendant la réunion, ou ce qui figure sur les rapports d'anapath ou de spécialistes. Est-ce que ces éléments « pèsent » de façon différente dans le choix thérapeutique qui va être fait ?</p> <p>Est-ce que les avis de chaque participant sont équivalents ? Y en a-t-il qui comptent plus que d'autres ? Si oui, s'agit-il de questions de personnalité ou est-ce relatif à la spécialité du médecin, à autre chose ?</p> <p>J'ai remarqué que souvent, lors de l'interprétation des images, les médecins faisaient des gestes pour expliquer, remettre en 3D ce qui est à l'écran. Que ce soit les cliniciens, ou même les chirurgiens qui ont déjà opéré et vu « en vrai » ce qui est représenté à l'écran. En quoi cette façon de faire est importante ou nécessaire ?</p> <p>Y a-t-il une « logique » qui est propre à l'exercice de la médecine ? Si on regarde les recommandations, on peut penser à la démarche scientifique expérimentale, mais est-ce que ces recommandations, protocoles ou algorithmes retravaillent de façon fidèle l'exercice de la médecine tel que vous le pratiquez ?</p> <p>Conclusion</p> <p>Qu'est-ce que le raisonnement médical pour vous ? Est-il différent en cancérologie ? Est-il très différent lorsqu'on l'exerce seul ou en RCP ?</p>

Annexe 7 - Grille d'entretien chirurgien

Grille d'entretien – chirurgien	
<p>Préambule : Confidentialité, Anonymat, Sécurité des données, Usage de l'entretien par le chercheur.</p>	<p>J'ai aussi remarqué que le rapport d'anapath était important. Quelle est son importance exactement ?</p> <p>- La clinique</p>
<p>Introduction</p> <p>Quelle est votre formation / spécialité médicale ? Depuis combien de temps exercez-vous à l'hôpital ?</p> <p>Hormis la RCP à laquelle vous participez, en quoi consiste votre activité à l'hôpital ?</p>	<p>Le médecin en charge du patient a également des informations à présenter à ses collègues. Hormis la présentation du cas au début de la discussion, qu'est ce qui vous intéresse en particulier parmi ces informations ?</p> <p>- L'EBM</p>
<p>Centrage</p> <p>- La RCP</p> <p>Depuis quand participez-vous aux RCP ? Est-ce un dispositif qui existait déjà lors de votre formation initiale ?</p> <p>Pensez-vous que cette réunion permette d'améliorer la prise en charge des patients ?</p> <p>La RCP à laquelle j'ai assisté est-elle très différente d'autres RCP auxquelles vous prenez part ?</p> <p>En quoi votre approche de chirurgien est-elle différente de celles des cliniciens dans la RCP ?</p> <p>- La décision</p>	<p>Connaissez-vous la méthode EBM ? L'avez-vous apprise pendant votre formation ?</p> <p>Que pensez-vous de cette façon de conceptualiser et de former à la médecine ?</p> <p>Pensez-vous que la médecine soit une science, un ensemble de sciences ?</p> <p>Vous citez souvent des études internationales lors des RCP. En quoi ces informations participent à la concertation ?</p> <p>Approfondissement</p> <p>J'ai remarqué que souvent, lors de l'interprétation des images, les médecins faisaient des gestes pour expliquer, remettre en 3D ce qui est à l'écran. Que ce soit les cliniciens, ou même les chirurgiens qui ont déjà opéré et vu « en vrai » ce qui est représenté à l'écran. En quoi cette façon de faire est importante ou nécessaire ?</p> <p>Une personne de la RCP m'a dit lors d'un entretien que votre présence était très importante. Ce que j'en ai compris, c'est que la présence d'un chirurgien spécialisé dans les zones à opérer se prêtait particulièrement à l'exercice conjectural en oncérologie, c'est-à-dire par exemple à identifier des objectifs intermédiaires (par exemple éloigner une métastase d'un vaisseau) pour élaborer une stratégie à long terme. Pouvez-vous m'en dire davantage ?</p> <p>Y a-t-il une « logique » qui est propre à l'exercice de la cancérologie ? Est ce que les recommandations, protocoles ou algorithmes retranscrivent de façon fidèle vos pratiques ?</p> <p>Conclusion</p> <p>Qu'est ce que le raisonnement médical pour vous ? Est-il différent en cancérologie ? Est-il très différent lorsqu'on l'exerce seul ou en RCP ?</p>
<p>Comment faites-vous pour vous mettre d'accord sur ce que vous voyez à l'écran ? Quel est votre regard spécifique de chirurgien sur cette image en 2D alors que votre pratique se déploie dans un espace différent ?</p>	

Annexe 8 - Grille d'entretien radiologue

Grille d'entretien – Radiologue	
<p>Préambule : Confidentialité, Anonymat, Sécurité des données, Usage de l'entretien par le chercheur.</p>	<p>La radiologie intervient-elle davantage dans la dimension diagnostique, pronostique, ou thérapeutique du raisonnement médical ? En général ? En cancérologie ?</p>
<p>Introduction</p> <p>Quelle est votre formation / spécialité médicale ? Quelle est votre activité à l'hôpital et à l'extérieur ?</p>	<p>- La clinique</p> <p>Le médecin en charge du patient a également des informations à présenter à ses collègues. Hormis la présentation du cas au début de la discussion, qu'est ce qui vous intéresse en particulier parmi ces informations ?</p>
<p>Centrage</p> <p>- La RCP</p> <p>Depuis quand participez-vous aux RCP ? Est-ce un dispositif qui existait déjà lors de votre formation initiale ?</p> <p>Pensez-vous que cette réunion permette d'améliorer la prise en charge des patients ?</p> <p>La RCP à laquelle j'ai assisté est-elle très différente d'autres RCP auxquelles vous prenez part ?</p> <p>En quoi votre approche de radiologie est-elle différente de celles des cliniciens dans la RCP ?</p> <p>- La décision</p> <p>Pouvez-vous me décrire la façon dont les décisions sont prises lors de cette réunion ? Et quel est votre rôle en particulier ?</p> <p>Quel rôle jouent les recommandations et le thésaurus dans le choix du traitement ?</p> <p>J'ai vu qu'il y avait des algorithmes dans certains documents de recommandations. Sont-ils utilisés en pratique ?</p> <p>- L'imagerie et les signes paracliniques</p> <p>J'ai remarqué que lors de la discussion des cas, la relecture des images prenait beaucoup de temps et était effectuée de façon collective. Pourquoi ?</p> <p>Comment faites-vous pour mettre d'accord sur ce que vous voyez à l'écran ? En quoi ce que vous dit le chirurgien lorsqu'il a déjà opéré (ou le clinicien qui a déjà endoscopé) le patient intervient dans votre lecture ?</p> <p>Est-ce que l'interprétation radiologique peut produire une preuve diagnostique ?</p>	<p>Commaissez-vous la méthode EBM ? L'avez-vous apprise pendant votre formation ?</p> <p>Pensez-vous que la médecine soit une science, un ensemble de sciences ?</p> <p>Peut-elle s'appliquer à la radiologie ?</p> <p>Approfondissement</p> <p>Je me souviens que lors d'une réunion, sur un cas, il y avait quelque chose de bizarre sur une image. Vous avez évoqué l'hypothèse de catégoriser l'anomalie comme une séquelle d'un traitement précédent par radiothérapie (l'oncologue présent a dit par la suite que ce n'était pas le cas). Que faites-vous dans ce type de situation ? Est-ce que vous envisagez des hypothèses de catégorie pour les confirmer à l'aide d'éléments cliniques ou de l'historique du patient ? Ou est ce que vous partez des éléments cliniques / historiques pour restreindre l'espace des possibles dans lequel vous formulez votre hypothèse d'interprétation ?</p> <p>Différentes personnes de la RCP m'ont dit lors d'un entretien que votre présence était très importante, pour différentes raisons. D'abord concernant la relation de confiance entre vous et le reste de l'équipe (par rapport à des radiologues inconnus), et également concernant votre présence qui limite l'oubli d'informations sur le patient. Pouvez-vous m'expliquer ces deux points ?</p> <p>Conclusion</p> <p>Qu'est ce que le raisonnement médical pour vous ? Est-il différent en cancérologie ? Est-il très différent lorsqu'on l'exerce seul ou en RCP ?</p>

MARINE GOUT

**TECHNICISATION DU RAISONNEMENT MÉDICAL: UNE APPROCHE COMMUNICATIONNELLE
DES PRATIQUES DÉLIBÉRATIVES ET INTERPRÉTATIVES EN CANCÉROLOGIE**

Sous la direction d'Anne Mayère et Sylvie Bourdin

Soutenue le 6 novembre 2015 à l'université Toulouse III - Paul-Sabatier

La thèse se positionne dans un ensemble de travaux portant sur les rationalisations contemporaines des organisations de santé, et se focalise sur les pratiques des médecins hospitaliers au sein de réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Nous développons une hypothèse selon laquelle la dimension prudentielle, conjecturale de l'activité médicale est en tension avec les dynamiques de rationalisation qui traversent l'organisation. En étudiant les techniques qui structurent les savoirs médicaux et qui équipent les pratiques délibératives et interprétatives des médecins, nous analysons une tension spécifique qui se produit au cœur des pratiques conjecturales ethnographiées. La thèse expose les différentes conceptions de l'incertitude qui sont formalisées dans les dispositifs techniques qui équipent les savoirs et les pratiques médicales, où les prises de position objectiviste et épistémique divergent et doivent être articulées au sein de processus communicationnels, délibératifs et interprétatifs.

Mots-clés : Santé, Technologies, Rationalisation, Raisonnement médical, Organisation, Evidence-Based Medicine

**TECHNICIZATION OF MEDICAL REASONING : A COMMUNICATIONAL APPROACH
OF DELIBERATIVE AND INTERPRETATIVE PRACTICES IN CANCEROLOGY**

This thesis belongs to the field of rationalization studies in healthcare organizations. Its focus is on medical practices observed in multi-disciplinary meetings in the oncology ward of a hospital in South West France. We hypothesize that tension exists between the prudential and conjectural dimension of medical activity and the rationalization dynamics present across the organization. Technologies exist that structure medical knowledge and practices. They equip deliberative and interpretative medical practices. By studying these technologies, we can analyze a specific tension that exists in the depths of the observed conjectural practices. The thesis shows the different conceptions of uncertainty that are formalized in the technological dispositifs equipping medical knowledge and practice. It highlights those areas where objective and epistemic positions differ, and which therefore require articulation inside communicational, deliberative and interpretative processes.

Keywords: Healthcare, Technologies, Rationalization, Medical reasoning, Organization, Evidence-Based Medicine

SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

CERTOP (UMR 5044)
5, allée Antonio Machado
31058 Toulouse Cedex 9