Laboratoire **Approches contemporaines**
de la **création** et de la **réflexion artistiques** | ACCRA | UR 3402
Université de Strasbourg

Université de Strasbourg

École doctorale des Humanités
ED520

Approches contemporaines de la
création et de la réflexion artistiques
UR 3402

Fanny Maurel

Des secrétaires et des documents.

Les opérations visuelles de traduction de l'information médico-administrative à la lisière de l'hôpital

Thèse de doctorat en design
Sous la direction de **Vivien Philizot**
Soutenue le 23 mars 2026, à l'Université de Strasbourg

Composition du jury

Vivien Philizot	Professeur des universités, Université de Strasbourg (directeur)
Emmanuel Didier	Directeur de recherche, CNRS (rapporteur)
Myriam Lewkovicz	Professeure des universités, Université de Technologie de Troyes (rapporteuse)
Jérôme Denis	Professeur, Mines Paris – PSL (examinateur)
Marine Royer	Maitresse de conférence, Université de Nîmes (examinatrice)

© Fanny Maurel, 2025

Textes, illustrations, photographies, conception graphique : Fanny Maurel.

Manuscrit imprimé à Strasbourg, en décembre 2025, en 10 exemplaires.

Service d'impression de la DALI, Université de Strasbourg.

Polices de caractère : The Redaction, Syne Mono, Syne Tactile.

Format 190 × 240 mm

Mentions légales

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition des membres de la communauté universitaire. Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Cela implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document. D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction ou représentation illicite encourt une poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle, article L122-4 : Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque.

Articles L335-1 à L335-9. : Dispositions pénales.

Financement de la recherche

Ce travail de thèse a bénéficié d'un financement de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) sous forme d'une Convention industrielle de formation par la recherche (Cifre), entre 2022 et 2025. Le financeur n'est pas intervenu dans le processus de recherche. Les propos tenus n'engagent que son autrice.

anact
agence nationale
pour l'amélioration
des conditions de travail

Fanny Maurel, *Des secrétaires et des documents. Les opérations visuelles de traduction de l'information médico-administrative à la lisière de l'hôpital.* Thèse de doctorat en design sous la direction de Vivien Philizot, soutenue le 23 mars 2026, à l'Université de Strasbourg.

Composition du jury

Vivien Philizot, Professeur des universités, Université de Strasbourg (directeur), Emmanuel Didier, Directeur de recherche, CNRS (rapporteur), Myriam Lewkovicz, Professeur des universités, Université de Technologie de Troyes (rapporteure), Jérôme Denis, Professeur, Mines Paris – PSL (examinateur), Marine Royer, Maitresse de conférence, Université de Nîmes (examinatrice).

Résumé

Pourquoi les secrétaires médicales sont-elles encore présentes dans les hôpitaux alors que la disparition de leur métier est annoncée depuis plusieurs décennies par une succession de discours prônant la dématérialisation de l'information ? Cette thèse propose de répondre à cette question au travers d'un contre-récit des infrastructures décrivant les conditions matérielles du travail médico-administratif des secrétaires médicales : un travail essentiel mais largement ignoré. À la lisière des infrastructures de l'information, les secrétaires médicales réalisent un ensemble d'opérations de traduction – agencer, copier, articuler, programmer, faire propre, prendre soin, etc. – qui participent à faire tenir l'hôpital et l'activité de soin qui s'y déroule. En montrant que cette forme de travail des données repose sur des environnements matériels fragiles et sur une multitude d'objets graphiques, ce travail de recherche décrit un monde où l'information ne circule jamais seule. À partir d'une enquête ethnographique au croisement des *Sciences and Technology Studies* (STS) et du design graphique, ce travail de recherche propose une analyse inédite du métier de secrétaire médicale, qui contribue à une approche féministe du travail des données, une critique des discours de la dématérialisation dans le champ du numérique en santé, et à l'étude des documents médico-administratifs comme des objets graphiques et politiques.

Mots clés

Travail médico-administratif – Travail des données – Secrétaires médicales – Documents – Opérations de traduction – Infrastructures de l'information – Hôpital – Objets graphiques – Lisière des infrastructures – Dématérialisation – Numérique en santé – Contre-récit – Représentations du travail

Abstract

Why are medical secretaries still present in hospitals when the disappearance of their profession has been predicted for several decades by a succession of speeches advocating the dematerialization of information? This thesis attempts to answer this question by offering a counter-narrative of the infrastructure describing the material conditions of medical secretaries' administrative work: an essential but largely overlooked job. At the edges of information infrastructures, medical secretaries perform a range of translation tasks—organizing, copying, articulating, scheduling, cleaning, caring, etc.—that help keep hospitals and the care activities that take place there running smoothly. By showing that this form of data work relies on fragile material environments and a multitude of graphic objects, this research describes a world where information never circulates alone. Based on ethnographic research at the intersection of Science and Technology Studies (STS) and graphic design, this research offers an original analysis of the medical secretary profession, contributing to a feminist approach to data work, a critique of discourses on dematerialization in the field of digital health, and the study of medical-administrative documents as graphic and political objects.

keywords

Medical-administrative work – Data work – Medical secretaries – Documents – Translation operations – Information infrastructure – Hospital – Graphic objects – Infrastructure boundaries – Dematerialization – Digital health – Counter-narrative – Representations of work

À Muriel,

pour sa patience, son amour,
pour m'avoir toujours permis de partir
sans jamais oublier de revenir.

Remerciements

Je remercie Vivien Philizot d'avoir accompagné mes recherches avec beaucoup de justesse, de disponibilité et de bienveillance, dans un contexte scientifique et administratif semé d'embûches.

Je remercie les membres de ce jury, Myriam Lewkowicz, Emmanuel Didier, Jérôme Denis et Marine Royer qui ont accepté d'évaluer mon travail.

Je remercie encore Jérôme Denis pour ses conseils, sa bienveillance et ses travaux qui ont largement inspiré mes recherches.

Je remercie, le mot est faible, Loup Cellard, pour sa présence quotidienne, pour son soutien inconditionnel, pour ses lectures attentives, pour les rires et pour la vie à venir. Je lui dois ma découverte émerveillée des STS, et d'innombrables et passionnantes lectures.

Je remercie Muriel et Luc Maurel pour avoir suivi et soutenu, en bien des sens, mon chemin vers le manuscrit que les lecteur·ices s'apprêtent à lire.

Je remercie le CHU de Montpellier, et en particulier David Morquin et Louise Robert, de m'avoir accueilli au sein de leur établissement et de m'avoir permis de mener une enquête passionnante.

Je remercie encore Louise Robert pour son amitié et nos discussions enjouées dès les premiers jours de mes recherches. Je lui dois un terrain et bien plus encore.

Je remercie toutes les assistantes médico-administratives, ainsi que leurs encadrantes, que j'ai rencontrées au cours de cette enquête, et qui m'ont ouvert les portes de leurs bureaux avec beaucoup de générosité, de joie et de pédagogie. J'ai énormément appris à leur contact.

Je remercie tous les membres du groupe Culture Visuelles qui ont fait naître à l'Université de Strasbourg un espace de recherche rare et riche en bien des sens – scientifiquement et humainement. Merci donc à Vivien Philizot, Sophie Suma, Nolwenn Maudet, Louise Wambergue, Annaëlle Beignon, Simone Fehlinger et Margaux Crinon pour les nombreux moments de partage.

Je remercie encore Louise Wambergue, camarade de thèse des premières heures, qui m'a permis de comprendre à quel point le travail collectif est une lueur inestimable dans le travail de recherche.

Je remercie Alexandre Freud-Lehmann de m'avoir accompagné dans les méandres administratifs les plus lugubres de cette thèse de doctorat.

Je remercie Sarah Dulac, Ludovic Bugand, Vincent Mandinaud, Lise Delcourt ainsi qu'à tous les membres de l'Anact que j'ai pu rencontrer et qui m'ont aidé à faire mûrir ce projet de recherche.

Je remercie l'Anact pour son soutien financier.

Je remercie les membres du Groupe de Travail Santé Numérique du Réseau de Jeunes Chercheur·euses en Santé et Société de la MSH Paris Nord – Sarah Sandré, Laurène Assailly, Cécile Thomé et Alice Sauda – de m'avoir donné confiance et de m'avoir fait confiance. Nos discussions et travaux communs m'ont permis d'embrasser les sciences sociales.

Merci aux membres du Medialab – Sciences Po, et particulièrement les designers les plus déjantés qui y travaillent, d'avoir construit des espaces de partage et d'écoute : mes recherches n'en ont été que grandies.

Merci à tous·tes celles et ceux qui ont accepté de me lire et de me conseiller tout au long de mes recherches : Vivien Philizot, Loup Cellard, Robin De Mourat, Olivier Liaroutzos, Laurène Assailly, Louise Wambergue, Louise Robert, Jeanne Oui, Camille Girard-Chanudet, Elise Goutagny, Sophie Suma, Margaux Crinon, Muriel Maurel, Jean-Pierre Cellard, Mireille Chabert.

Note aux lecteur·ices

Choix formels

La structure visuelle et narrative du manuscrit

Ce manuscrit de thèse présente une particularité formelle importante : il est composé de textes bien sûr, mais aussi de beaucoup d'images. Ces images ont été, à l'exception de celles présentées dans le chapitre 2, produites par mes soins. Ces productions graphiques se veulent en dialogue avec le corps principal du texte : elles ne sont pas simplement des illustrations mais des outils de réflexion qui m'ont suivi tout au long de mes recherches. Elles sont présentées à un instant T – celui de la formalisation de ce manuscrit –, mais elles ont vocation à évoluer durant, je l'espère, la poursuite de mes recherches. J'invite ainsi les lecteur·ices à accorder autant d'importance à ces images qu'au texte qu'elles maillent.

Le manuscrit est également guidé par une couleur récurente : un jaune citron, qui tapisse certaines pages et motifs, et qui renvoie à la présence des secrétaires médicales, de plus en plus fort au fil des pages. Cette couleur est omniprésente dans mes recherches depuis que j'ai observé le stabilo d'une secrétaire médicale surligner méticuleusement des documents : un geste qui représente particulièrement bien ce que j'ai voulu dire de leur travail dans les pages qui suivent.

Choix typographiques

Ce manuscrit utilise principalement la police de caractère The Redaction[1], qui a été conçue pour reproduire les détérioration produites par les effets de photocopies répétées des documents. À force de reproduction, les caractères s'usent, sont de moins en moins lisibles, tout en rendant visibles les effets du travail administratif dans ses formes les plus répétitives. Ce travail typographique sur l'usure matérielle des documents fait largement écho aux pratiques administratives que j'ai pu observer dans le cadre de mes recherches, et les différentes déclinaisons de cette police de caractère seront donc déployées tout au long de ce manuscrit.

Je traduis ici une partie de la note d'intention des typographes qui l'ont conçue :

« Redaction est une police de caractères créée sur mesure à la demande de Titus Kaphar et Reginald Dwayne Betts pour leur exposition The Redaction au MoMA

[1] La police de caractère est disponible à l'adresse suivante : https://www.redaction.us/

PS1. [...] Le projet Redaction vise à mettre en lumière les abus du système pénal, en particulier la manière dont les personnes pauvres et marginalisées sont emprisonnées pour ne pas avoir payé leurs amendes et frais de justice. Lorsque Titus Kaphar et Reginald Dwayne Betts ont commencé leur collaboration sur The Redaction, ils ont compris que la typographie devait être un prolongement important de leur travail. [...]

L'équipe a remarqué que la grande majorité des documents juridiques aux États-Unis suivaient une convention établie consistant à utiliser la police Times New Roman. La Cour suprême des États-Unis exige toutefois que tous les documents soient rédigés en New Century Schoolbook. Ces deux polices semblaient par défaut fonctionnelles et familières. Bien qu'elles n'attirent pas l'attention lorsqu'elles sont utilisées en petite taille, elles dégagent néanmoins un sentiment d'autorité, des attributs que l'équipe souhaitait reproduire dans sa propre conception. En examinant les sources historiques, l'équipe a observé différents degrés de dégradation typographique dans le texte d'innombrables documents. À mesure que les fichiers étaient faxés, photocopiés et reproduits d'une autre manière, les formes des lettres devenaient pixélisées, gonflées, déformées et parfois presque illisibles. Cet aspect particulier de la lisibilité variable a inspiré des expériences ultérieures pour les futures itérations des polices.

Times New Roman et New Century Schoolbook sont devenus les piliers fondamentaux de l'influence typographique juridique. Le premier objectif était de concevoir quelque chose qui incarne simultanément les deux polices. [...] En incorporant des formes négatives dans les lettres, la police pouvait faire référence aux artefacts numériques créés par la reproduction dans les télécopieurs et les photocopieurs. [...] L'objectif a toujours été d'inclure des niveaux de bitmap de la police afin de faire référence à la dégradation des documents lors de leur reproduction dans le cadre du processus juridique. [...]

En proposant une gamme de grades allant de “subtilement analogique” à “presque illisible”, la police fait référence à la transformation et à la marginalisation auxquelles de nombreuses personnes sont confrontées dans le système pénal actuel, et plus particulièrement au rôle et à la responsabilité de l'auteur d'un texte d'être conscient de la lisibilité comme signature du pouvoir »

Choix rédactionnels

Usage du « je »

Mes recherches et la traduction qu'elles connaissent au travers de ce manuscrit s'inscrivent dans une tradition féministe d'écriture de la recherche. M'inspirant des pratiques d'écriture de Donna Haraway ou de Dorothy Smith, pionnières de la critique de l'objectivité des sciences, j'utilise le « je » tout au long de ce manuscrit pour deux raisons.

D'abord, parce que ce « je » me permet de traduire des situations de mon enquête et de ma réflexion qui n'auraient aucun sens si elles étaient racontées par un « nous omniscient ».

Par ailleurs, et de manière très pratique, j'ai mené ce travail de recherche seule, comme de nombreux·ses doctorant·es. L'emploi du « nous » relèverait dans ce contexte de l'hallucination. Bien que ma réflexion ait évidemment été accompagnée, influencée, guidée par de nombreuses rencontres, dont on peut se rendre compte dans la partie « Remerciements », le choix du « je » est aussi ici l'expression d'un regret : celui d'avoir manqué d'occasions de parler en « nous ».

L'écriture inclusive

Cette thèse de doctorat utilise les principes de l'écriture inclusive. Ce n'est pas un choix que le contexte de ces recherches justifie, mais simplement ma manière d'écrire, depuis plusieurs années maintenant. Les principes de cette pratique d'écriture sont particulièrement bien explicités dans un guide produit par la revue *la Déferlante*[2].

Des « secrétaires médicales » ou des « assistantes médico-administratives » ?

Plusieurs choix rédactionnels doivent être précisés ici. D'abord, j'emploie dans ce manuscrit les termes de « secrétaire médicale » ou d' « assistante médico-administrative » uniquement au féminin car ce métier est essentiellement occupé par des femmes. Cela est vrai dans les statistiques mais aussi à l'échelle de mon enquête, durant laquelle je n'ai pu rencontrer aucun homme exerçant ce métier, bien que l'on m'ait précisé qu'il y en avait quelques uns.

Ensuite, j'ai privilégié les termes de « secrétaire médicale » et de « secrétaire » à celui d' « assistante médico-administrative » pour alléger la lecture, mais surtout

[2] Guide disponible à : https://revueladeferlante.fr/manifeste/

parce que le terme d'assistante médico-administrative n'est pas beaucoup utilisé dans les contextes professionnels que j'ai pu observer à l'hôpital. Les secrétaires se désignent parfois entre elles (ou avec leurs supérieures hiérarchiques) comme des « AMA » mais lorsqu'elles échangent avec des patient·es ou des collègues, c'est le terme de « secrétaire » qui revient le plus souvent. Enfin, ce choix émane aussi d'un certain flou qui existe d'un point de vue administratif entre les postes d'AMA et les personnes qui ont obtenu le grade d'AMA : concrètement, de nombreux postes d'AMA sont occupés par des adjointes administratives qui « font fonction de ». Pour représenter l'ensemble des personnes que j'ai observé occuper de tels postes, j'utilise le terme plus générique (bien qu'il soit moins qualifiant) de secrétaire médicale.

Enfin, le terme « médico-administratif » sera ici employé pour distinguer, au sein d'un hôpital, le travail uniquement administratif qui comprend le traitement d'informations à caractère non-médical (lié à l'identité des patient·es et la facturation) de celui qui demande le traitement de données à caractère médical et la manipulation des dossiers médicaux des patient·es. Ce terme est tiré de l'appellation du grade d'assistante médico-administrative, et bien qu'il soit peut utilisé au quotidien par les professionnel·les de l'hôpital (on préfère parler de travail administratif), cette distinction sera utile pour séparer deux formes de travail qui renvoient à des qualifications différentes : le poste d'adjointe administrative (catégorie C) et celui d'assistante médico-administrative (catégorie B).

Anonymisation des enquêté·es

Les situations décrites tout au long de ce manuscrit ont été anonymisées de la manière suivante : les prénoms des secrétaires médicales ont été remplacés par des prénoms semblables d'un point de vue social et culturel. Les prénoms remplacés sont marqués d'une astérisque. Par ailleurs, certains noms ont été préservés : il s'agit des personnes que j'ai rencontrées dans le cadre d'entretiens semi-directifs, et qui m'ont donné l'accord de citer leur nom.

Les traductions de citations

Sauf mention contraire, les citations traduites de l'anglais vers le français ont été traduites par l'auteur·ice de ce manuscrit.

Table des matières

Remerciements

Note aux lecteur·ices

Table des matières

Glossaire

29 Introduction

34 Étudier les matérialités hospitalières

36 Étudier l'inscription matérielle d'un travail invisible : questions de recherche et hypothèses

38 Design et STS : une recherche interdisciplinaire

43 Présentation des chapitres

49 Prologue.

Partie 1

Entrer dans le numérique en santé par la grande porte

58 L'infirmier et le « zéro-saisie »

Chapitre 1

59 L'Anact, la DGOS et les effets du numérique sur les conditions de travail

60 La DNS et la formation des professionnel·les au numérique en santé

61 Des éditeurs de logiciels insaisissables

62 L'absence des syndicats

Chapitre 2

63 L'Atih, l'agrégation des données et la charge administrative

64 Une coordinatrice des secrétariats

67 Point de départ : un travail invisible et

67 des documents omniprésents

Chapitre 3

67 à l'hôpital

69 50 nuances d'invisibilité.

Des secrétaires médicales absentes

71 Le chiffre qui manque

76 Une absence omniprésente

81 Derrière le guichet : un travail invisible

Chapitre 4

89 50 nuances

89 de visibilité.

Représenter les secrétaires médicales

144 Un millefeuille de représentations du travail des secrétaires médicales

Chapitre 5

150 Au-delà de l'hôpital : qui représente les secrétaires (médicales) et comment ?

160 Des archétypes de la représentation des secrétaires

166 Le mouvement 9to5 et l'ASMR : une visibilité recherchée, des représentations renouvelées

173 Les secrétaires, la chercheuse et l'infrastructure.

Construire un point

Chapitre 6

de vue situé

174 « être affectée » par les secrétaires médicales : construire un point de vue par l'ethnographie

179 Les blancs et les vides : ce que l'absence fait à l'enquête

185 Observer, décrire, dessiner et (re)copier : traduire l'enquête ethnographique

195 Du zéro-papier au zéro-saisie.

La « dématérialisation » du travail médico-administratif à l'hôpital

196 La « dématérialisation » comme promesse technique

202 Prendre soin des choses

206 Au-delà du Dossier Patient Informatisé : le travail des

Partie 2 données à l'hôpital

Chapitre 7

217 **D'une infrastructure à l'autre.**
Le secrétariat
comme lisière

218 Noyées sous les traces : le secrétariat médical comme espace d'accumulation

220 Un enchevêtrement d'infrastructures à l'hôpital

225 Le secrétariat comme lisière des infrastructures

228 Représenter la lisière des infrastructures

Chapitre 8

259 **Des documents et des opérations**

260 Les documents comme matière des secrétariats

261 Des « documents en action » : que font les documents médico-administratifs ?

270 Des opérations de traduction visuelle de l'information médico-administrative

Chapitre 9

279 **Mener l'enquête : des opérations de traduction visuelle au cœur des secrétariats**

280 La liste comme outil de description

281 Traitement des matériaux empiriques

282 Une liste d'opérations

283 Une fresque matérielle des infrastructures de l'information hospitalière

Chapitre 10

295 **« Faire propre »**
L'ordre et l'information médico-administrative

298 Ordre et propreté : un écosystème visuel du travail médico-administratif à l'hôpital

301 Les secrétaires, leurs collègues et la propreté

319 Sur le bureau, la (dé)matérialisation du désordre et de la saleté

321 La secrétaire est absente et tout fout le camp

331 **Copies.**

Chapitre 11

Les exigences de la reproduction de l'information

333 L'art de la frappe : écouter, écrire et relire

344 Faxer et scanner : les variables d'ajustement de l'interopérabilité hospitalière

348 Duplications de l'information : copier-coller et (re)nommer

354 L'ultime copie : l'illusion de l'archivage

Chapitre 12

361 Ce que copier signifie à l'hôpital

365 Articulations. Plis et déchirures d'un logiciel de papier

368 La « paperasse » et le DPI

377 Un logiciel de papier

382 Déchirures : contourner les logiciels

Chapitre 13

389 Plis : quand le papier fait tenir le numérique

401 Programmations. Formaliser l'activité hospitalière

404 La programmation en radiologie

405 Deux régimes temporels à l'hôpital

407 Des opérations visuelles de programmation

409 Les secrétaires derrière les plannings

Chapitre 14

426 L'éphéméride, un planning à soi

431 Collaboration. La vie graphique des comptes-rendus médicaux

433 Les documents comme objets de négociation de la collaboration

440 Qu'est-ce qu'un compte rendu médical ?

443 Same but different : la vie graphique des comptes-rendus médicaux

468 L'auctorialité des documents administratifs

473 Interruptions.
Du foyer au bureau, continuités de la charge mentale

476 Mères et secrétaires. Continuum de la charge mentale

478 L'interruption comme rythme et non comme accident

489 La sonnerie du téléphone

493 Lutter contre l'interruption : une cognition distribuée

504 La valse des secrétaires : un travail entrecoupé par le mouvement

513 Enquêtes

513 et secrets.
Combler les blancs, discrètement

516 Aux portes du secret

517 Le secret au cœur d'un métier

521 L'identitovigilance et les règles d'un secret formel

524 Des pratiques informelles de « distillation du secret »

528 Épaisseurs du secret

532 « On est des enquêtrices » : remplir les blancs, discrètement

541 Soin.
Une attention aux patient·es et aux dossiers

542 De quoi les secrétaires prennent-elles soin ?

543 Les secrétaires et le guichet

546 En première ligne : la production d'un confort administratif

560 Derrière le guichet : Prendre soin des dossiers

564 La décoration des secrétariats

571 Vers la reconnaissance d'un soin administratif : au-delà des technologies « froides » de l'information

575 **Conclusion.**

Des opérations automatisées ?

579 **Une histoire sans fin : les secrétaires et l'automatisation du travail administratif**

587 **Multiplier les contre-récits des infrastructures**

591 **Épilogue.**

Sur l'épaule des secrétaires

601 **Bibliographie**

623 **Annexes**

Glossaire

AMA : Assistant·e médico-administratif·ve. Intitulé statutaire du métier de secrétaire médicale dans la fonction publique hospitalière depuis la réforme de 2011.

Anact : Agence nationale pour l'Amélioration des conditions de travail. Établissement public chargé de promouvoir l'amélioration des conditions de travail et de soutenir les entreprises et les acteurs sociaux dans la mise en œuvre de démarches participatives.

Anfh : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. Organisme paritaire agréé chargé de la gestion et du financement de la formation professionnelle continue des agent·es de la fonction publique hospitalière.

ANS : Agence du numérique en santé. Établissement public sous tutelle de la DNS, chargé de la mise en œuvre opérationnelle des politiques publiques du numérique en santé (interopérabilité, sécurité, identité numérique, accompagnement des acteurs, etc.).

ASMR : Association des Secrétaires médicales et Référentes.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

Compte-rendu médical : Document rédigé après un examen ou une intervention, retraçant le déroulement, les résultats et les conclusions de l'acte. Il est versé au dossier patient et peut être adressé à d'autres professionnel·les de santé.

DGOS : Direction générale de l'offre de soins. Direction du ministère chargé de la santé, responsable de la régulation, de la planification et de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire.

DNS : Délégation ministérielle au numérique en santé. Structure rattachée au ministère chargé de la santé, responsable de la stratégie nationale du numérique en santé et du pilotage des grands projets d'infrastructure numérique.

Documents médico-administratifs : Ensemble des écrits produits à l'articulation des dimensions médicale et administrative du soin (formulaires, courriers, tableaux de suivi, certificats, etc.). Ces documents assurent la traçabilité des actes et la coordination entre services.

DPI : Dossier patient informatisé. Application ou ensemble de modules logiciels permettant la gestion informatisée des informations médicales et administratives relatives aux patient·e dans un établissement de santé.

Lettre d'adressage : Courrier émis par un·e médecin de ville ou un·e autre professionnel·le pour orienter un·e patient·e vers un service hospitalier ou un·e spécialiste, précisant le motif de la demande et les éléments cliniques nécessaires à la prise en charge.

Lettre de liaison : Document synthétique accompagnant les patient·es lors de leur transfert ou de leur sortie, destiné à assurer la continuité des soins entre établissements ou avec la médecine de ville.

Lettre de sortie : Courrier rédigé à la fin d'une hospitalisation, adressé aux médecins traitants et parfois aux patient·es, résumant le séjour, les diagnostics, les traitements et les recommandations de suivi.

Secrétaire médical·e : Professionnel·le chargée de la gestion médico-administrative des soins, de la frappe et de la diffusion des documents médicaux, de l'accueil des patient·es et de la coordination entre équipes médicales et administratives.

SIH : Système d'information hospitalier. Ensemble des ressources matérielles, logicielles et organisationnelles qui soutiennent la production, la circulation et la conservation des données au sein d'un établissement de santé.

Introduction

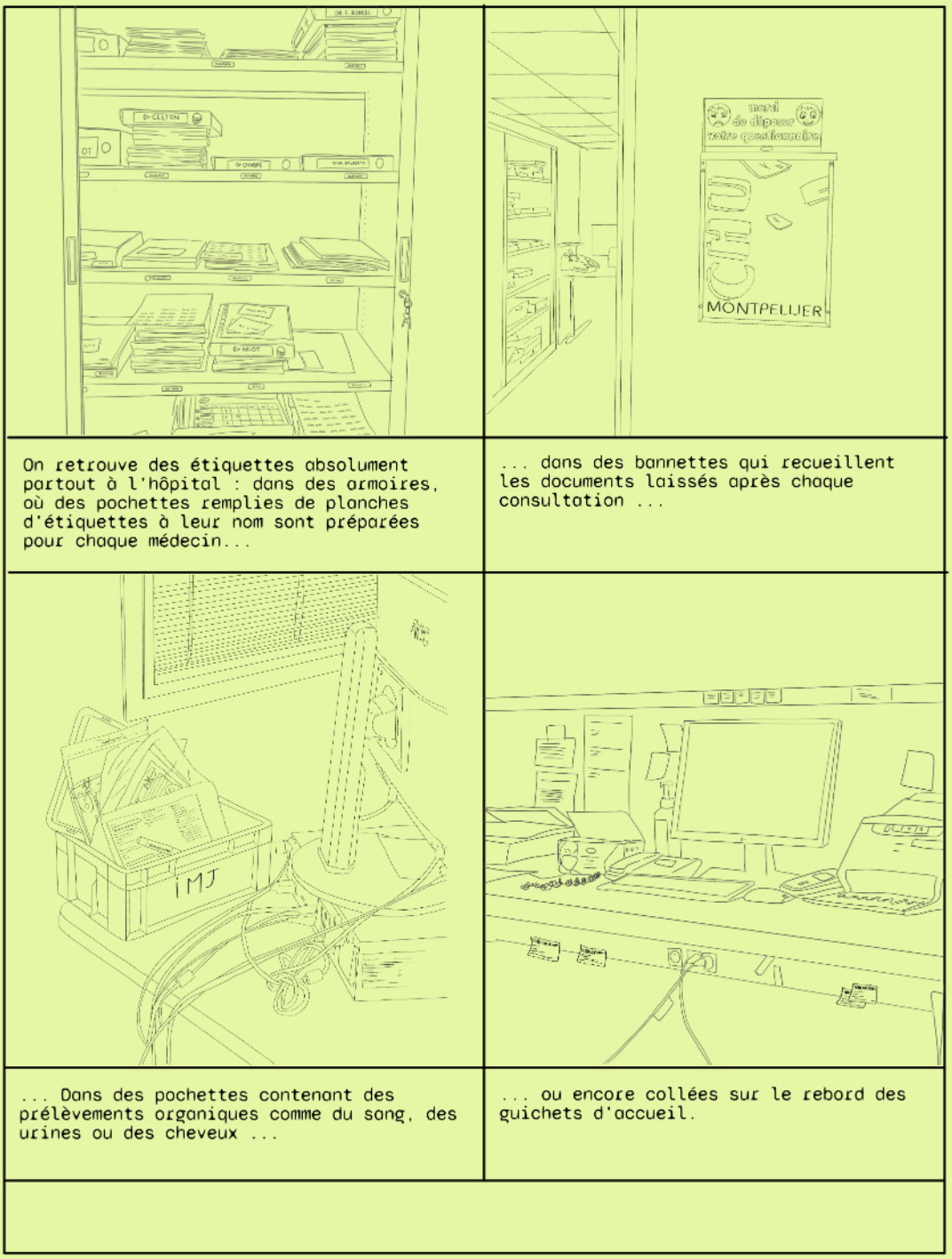
Une étiquette est un document imprimé sur du papier adhésif. Il indique une somme d'informations d'identité sur un·e médecin ou un·e patient·e, lisible par des yeux humains, mais il possède aussi un code barre, lisible uniquement par des machines. Son caractère adhésif le rend fiable, dans le tumulte de l'hôpital.

L'étiquette d'un·e médecin, une fois détachée de sa planche autocollante, sera collée sur des documents divers, marquant la responsabilité de cette professionnelle de santé. L'étiquette d'un·e patient·e, séparée de ses congénères, marquera quant à elle chacune des étapes de la prise en charge de ce dernier. Elle sera souvent très utile, parfois moins, rescapée d'une traçabilité zêlée.

Les planches d'étiquettes se déclinent de deux manières : les feuilles A4 imprimées par les mains agiles des agent·es administratif·ves, ou bien les languettes de 5 étiquettes imprimées par des machines, installées depuis quelques années dans les halls d'accueil. Les planches se vident au fil des séjours d'autant de manières qu'il y a de patient·es et de parcours de soins.
Une étiquettes décollée, 5 étiquettes décollées. Ou bien une planche intacte qui aura accompagné les inquiétudes d'un·e patient·e en absorbant les froissements provoqués par une main intranquille.

Lorsqu'elles sont imprimées, les étiquettes ne sont jamais seules.
Ce n'est pas un produit unitaire, mais toujours un lot, pensé pour optimiser la matière de chaque feuille adhésive. Qui aurait l'idée de n'imprimer qu'une seule étiquette ? Une étiquette, ça peut toujours servir, non ?

Les étiquettes à l'hôpital

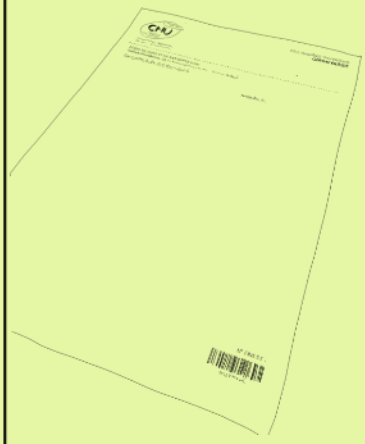


On retrouve des étiquettes absolument partout à l'hôpital : dans des armoires, où des pochettes remplies de planches d'étiquettes à leur nom sont préparées pour chaque médecin...

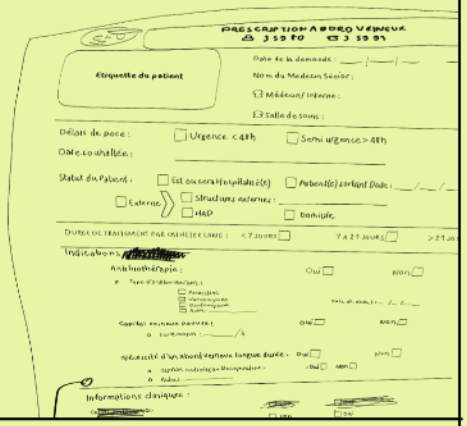
... dans des bannettes qui recueillent les documents laissés après chaque consultation ...

... Dans des pochettes contenant des prélèvements organiques comme du sang, des urines ou des cheveux ...

... ou encore collées sur le rebord des guichets d'accueil.

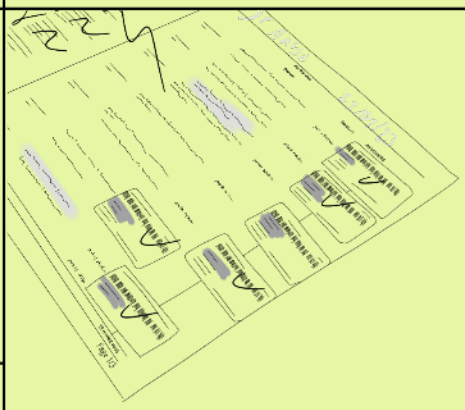


Peut-on encore parler d'étiquette lorsque son contenu graphique (un nom, des numéros, un code barre) est intégré par défaut aux documents qu'elles sont supposées orner ? Les étiquettes sont-elles nécessairement adhésives ?



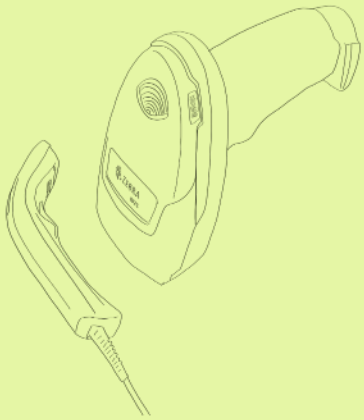
Les documents attendent les étiquettes : ils leur font une place de choix, marquée graphiquement d'un blanc.

Les étiquettes se retrouvent collées sur des documents aux valeurs très variées. Elles ornent des documents très normés, mais aussi des documents plus vernaculaires, comme une fiche de suivi des consultations, remise aux patient·es par leur médecin, afin qu'ils ou elles prennent un nouveau rendez-vous avec une secrétaire. Dans ce cas, l'étiquette garantit une communication entre médecins et secrétaires, qui n'est pas toujours assurée par les patient·es les moins alertes, comme c'est le cas en gérontologie.



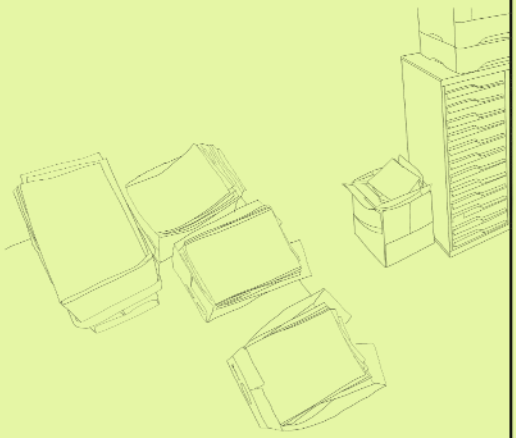
Les étiquettes sont parfois le support d'autres signes graphiques. Collées sur une fiche de suivi des consultations, elles sont inscrites au feutre, au stylo, au stabilo pour marquer une étape de la prise en charge. Lorsque la consultation est finie, et le patient reparti, on peut abîmer l'étiquette, la rendre illisible, ce n'est plus important, car elle n'a plus de valeur, il n'y a plus personne à suivre.

Les étiquettes naissent de plus en plus souvent d'automates de moins en moins étranges, qui délivrent une petite planche d'étiquettes en contrepartie de l'insertion d'une carte vitale.



Les étiquettes sont très souvent lues par des objets gris en plastique qui se font l'extension de la main qui scanne : la « scanette » émet une lumière rouge, activant son regard inquisiteur.
La secrétaire qui s'en sert lui voue une entière confiance.

Au travers des bannettes transparentes dispersées dans les bureaux de l'hôpital, on remarque souvent des étiquettes prises en sandwich entre un document confidentiel sur lequel elles sont collées et le plastique clair du support de stockage : notre regard fuit car nous ne somme pas sensé·es lire ce qui se joue sur ce document.



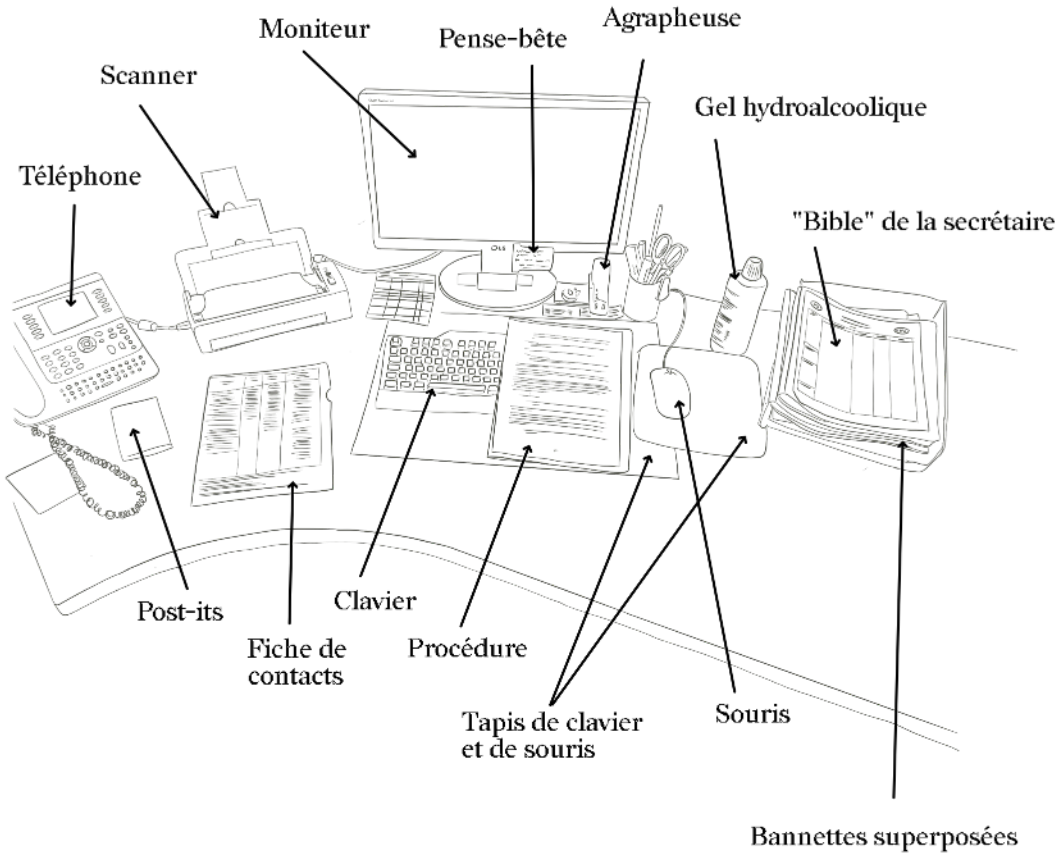
Au bout du compte, les étiquettes finissent, indistinguées des documents qu'elles ornent, à la poubelle.
Mais pas n'importe quelles poubelles : celles qui ont la prérogative de recevoir les documents sensibles, confidentiels, décorés de données personnelles ou médicales.

Étudier les matérialités hospitalières

Les étiquettes sont un objet paradigmatique du travail de recherche que j'ai mené durant les 4 dernières années. Je les ai croisées à de nombreuses reprises, si ce n'est à chaque fois que mon regard se posait sur un document à l'hôpital. Si l'on peut difficilement les qualifier de « documents administratifs », elles en sont tout du moins une composante graphique essentielle, qui s'inscrit dans un écosystème visuel du secrétariat médical. Si l'on retrouve des étiquettes partout à l'hôpital – dans les box de consultation, les bureaux infirmiers, les bureaux des médecins, dans les laboratoires et les salles d'examen, sur les banques d'accueil et dans les archives –, il est un endroit où elles s'accumulent particulièrement : le secrétariat médical, un espace qui se situe à la lisière de l'hôpital, entre l'intérieur et l'extérieur de l'établissement, entre les données médicales et les données administratives, entre les soignant·es et les patient·es.

Les étiquettes sont collées à de nombreux endroits : sur les listes de consultations, sur les fiches de cotations de l'activité, sur les bracelets d'hospitalisation, sur des échantillons biologiques, sur les fiches de rendez-vous, sur des ordonnances ou des pochettes cartonnées. Leur présence signale inévitablement des données à caractère médical. Tout document qui en comporte une doit être traité en conséquence : il ne va pas dans la même poubelle qu'un document ordinaire, il ne doit pas être laissé au hasard sur n'importe quel bureau, il doit faire l'attention d'un soin particulier et n'être lu que par les personnes habilitées. L'étiquette se fait ainsi la manifestation tangible d'un travail partagé par plusieurs corps de métiers à l'hôpital, mais particulièrement par les secrétaires médicales : s'assurer de la bonne circulation de l'information médico-administrative. Ce travail prend la forme d'un ensemble d'opérations de traduction de cette information, qui émanent de l'action collective d'acteur·ices humain·es et non-humains – en l'occurrence, les secrétaires médicales, les documents et les objets de bureautique qui habitent les secrétariats. Pour qu'une étiquette soit créée, éditée, imprimée puis collée sur différents supports, un véritable travail d'articulation est nécessaire, sans quoi elles resteraient des tas de données éparses et inertes.

Enfin, si elles se présentent toujours sous la forme de rectangles de papier imprimés sur du papier adhésif, les étiquettes incarnent une certaine hybridité de l'information à l'hôpital, entre supports numériques et imprimés, indispensable à l'organisation du travail médico-administratif. Ce sont les chiffres, et surtout le code barre, qu'elles comportent qui deviennent les fils d'ariane de chaque parcours de soin. Apposées sur des documents imprimés, elles sont lues à de multiples reprises par des « scannettes » qui permettent d'associer des informations numériques à des documents imprimés. À la manœuvre de cette articulation entre mondes de papier et de pixels, les secrétaires médicales travaillent au quo-



Bureau de Brigitte*, secrétaire médicale dans le service de gérontologie

tidien avec ces objets graphiques que sont les étiquettes. Un objet parmi d'autres, qui recouvrent les bureaux de ces dernières.

Sur le bureau de Brigitte*, une secrétaire médicale du service de gérontologie, on peut lister la présence de nombreux objets, comme l'indique le dessin précédent. Dans le bureau qu'elle occupe avec quatre de ses collègues, on trouve également une imprimante-photocopieuse en noir et blanc, un fax, deux armoires à porte coulissante contenant des blouses blanches et du matériel bureautique, mais aussi des poubelles dédiés aux documents confidentiels, des corbeilles à papier, des cartons contenant de grandes enveloppes destinés aux archives, une station café, ou encore des enfilades de bannettes accrochées au mur du couloir attenant. Ces objets composent un environnement matériel du travail médico-administratif complexe et hétérogène qui a la particularité de résister aux imaginaires désormais communs d'un travail (administratif) débarrassé de toute encombre – fluide, continu, invariable et idéalement boosté à l'intelligence artificielle. Alors que les hôpitaux connaissent depuis les années 1980 une vague de modernisation reposant sur l'informatisation des systèmes d'information, la prétendue « dématérialisation » dont elle est synonyme, repose sur des formes de travail invisibles, comme celui des secrétaires médicales. Pourtant, ce travail est loin d'être invisible et il s'incarne au quotidien dans une multiplicité de choses qui recouvrent les murs et les bureaux des hôpitaux, qu'il s'agit de prendre le temps d'observer.

Étudier l'inscription matérielle d'un travail invisible : questions de recherche et hypothèses

S'inscrire dans une approche matérielle du travail telle que j'ai commencé à l'esquisser avec l'exemple des étiquettes à l'hôpital demande de partir d'un constat simple mais décisif : aucune activité ne tient sans une multitude de choses qui la structurent, la contraignent, l'orientent. Alors que les discours institutionnels vantent les mérites d'une « dématérialisation » qui se fait toujours attendre, il devient pressant de décrire ce qui, matériellement, continue à faire tenir les organisations. Cette perspective est d'autant plus nécessaire dans un contexte hospitalier traversé par la promesse récurrente d'un « hôpital zéro-papier ». Cette injonction technologique à la numérisation des systèmes d'information est censée libérer les professionnel·les de santé de la « paperasse » qui leur incombe de plus en plus massivement depuis que le système de financement des soins repose sur une traçabilité accrue des activités hospitalières. Cette injonction s'inscrit dans une longue histoire de la rationalisation bureaucratique et de la distinction entre travail matériel et immatériel. Comme l'a montré l'historienne

Delphine Gardey, la « révolution de papier » (2008) du XIXe siècle a redéfini la frontière entre le travail manuel et intellectuel, ouvrant la voie à une dévalorisation des tâches d'écriture, de copie et de classement – des tâches aujourd'hui encore largement assignées à des femmes.

Aujourd'hui, les documents s'empilent toujours sur les bureaux des hôpitaux, et les secrétaires médicales sont restées un maillon essentiel du travail médico-administratif, rendu indispensable à l'activité de soin. Ce constat constitue le point de départ de cette recherche. À rebours de l'illusion d'un monde du travail immatériel, cette thèse s'attache à rendre visible les infrastructures de l'information qui « font tenir » l'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Une première question, en apparence simple, a initié cette enquête : pourquoi les secrétaires médicales sont-elles encore présentes dans les hôpitaux, alors que la disparition de leur métier est annoncée depuis plusieurs décennies ?

Trois questions de recherche ont ensuite permis d'affiner cette première question :

D'abord, pourquoi le travail des secrétaires médicales est-il rendu « invisible » dans les discussions sur les transformations de l'hôpital ?

Ensuite, qu'est-ce que le travail médico-administratif ? En quoi est-il utile au bon fonctionnement de l'hôpital et de ses infrastructures de l'information ? Sur quelles pratiques, quelles personnes, quels objets repose-t-il ?

Enfin, une question méthodologique : par quels moyens décrire et représenter ce travail ?

Ces questions invitent à déplacer notre regard depuis les arènes politiques de négociation des transformations techniques et organisationnelles de l'hôpital vers les « coulisses » d'un travail rendu invisible. Mon travail n'interroge pas, de manière isolée et décontextualisée de toute histoire des techniques, ce que « fait » le numérique à l'hôpital, comme si ce numérique était inédit. Il interroge plus largement la multitude des choses, numériques ou non, sur lesquelles repose le travail à l'hôpital. Dans cette perspective, le dossier patient informatisé (DPI), personnage principal des grands récits des infrastructures hospitalières, devient une chose fragile (Denis & Pontille, 2022), qui demande un soin constant pour fonctionner et un ancrage matériel hétéroclite. Les secrétaires médicales s'inscrivent alors dans une forme de soin de ces infrastructures – un soin des données (Jarke & Büchner, 2024) comme forme de travail des données – en assurant leur maintenance quotidienne.

L'hypothèse centrale de cette recherche est donc la suivante :

La formalisation du métier de secrétaire médicale à l'hôpital autour d'outils techniques, notamment numériques, tend à rendre invisible ce qui en constitue le cœur : un ensemble d'opérations visuelles de traduction de l'information qui assurent la continuité du travail médico-administratif et, plus largement, de l'activité de soin. La « dématérialisation », ou plutôt la numérisation des infrastructures de l'information, n'efface pas la matérialité du travail : elle la redistribue, en la rendant plus diffuse, plus abstraite, mais toujours indispensable.

Pour éclairer ces questions, cette recherche s'appuie sur une enquête ethnographique menée au CHU de Montpellier entre septembre 2023 et juin 2024, dans douze secrétariats médicaux. Des observations participantes, des entretiens et l'étude d'un corpus de documents collectés dans ces secrétariats ont permis d'étudier l'environnement matériel dans lequel les secrétaires médicales assurent la production et la circulation de l'information médico-administrative[1]. Cette enquête tente ainsi de rendre visible la dimension matérielle de ce travail, en développant une approche interdisciplinaire, tant du point de vue théorique que méthodologique.

Design et STS : une recherche interdisciplinaire

Contexte et évolution de la recherche

Connaissez-vous le thé géorgien ? Non ? Et bien, ma thèse est un thé géorgien.

La Géorgie a été durant la période soviétique un grand pays producteur de thé noir de basse qualité, produit en quantités industrielles pour approvisionner ses pays voisins. L'effondrement de l'URSS a également entraîné la chute de cette industrie bien huilée. Et pourtant, depuis quelques années, la Géorgie s'est relancé dans la production de thés plus qualitatifs, et ô combien inventifs. Vierge de toute tradition ancestrale liée à la culture du thé, comme c'est le cas au Japon ou en Chine, la Géorgie a encouragé financièrement de petit·es producteur·ices à expérimenter des thés hybrides, des cultivars inédits, des procédés de fabrications inventifs. Aujourd'hui, ce pays se fait un petit nom parmi les géants de la production de thé. Il ne s'en fait pas le concurrent, mais il occupe un rôle primordial quant aux renouvellement des pratiques de culture et de fabrication d'un produit culturel millénaire.

[1] Les enjeux méthodologiques de ce travail de recherche sont exposés dans le chapitre 3, et le détail du déroulé de l'enquête est explicité en annexes.

La recherche en design, telle que je la porte dans mes recherches, se comporte en quelque sorte comme les petits producteur·ices de thé géorgien·nes. Elle n'a pas vocation à se prendre pour ce qu'elle n'est pas (une science sociale, ou, si l'on suit la métaphore, un thé vert japonais), mais elle s'appuie sur les acquis de ses voisins pour identifier de nouvelles pratiques, de nouveaux espaces à explorer.

Cette thèse de doctorat a donc pour particularité de se prêter au jeu de l'interdisciplinarité. Ma réflexion traverse et travaille différents champs de recherche : le design graphique, la sociologie du travail et les *Sciences and Technology Studies* principalement, mais aussi les *Computer Supported Cooperative Work* (CSCW), les cultures visuelles et les *media studies* dans une moindre mesure. Cette interdisciplinarité est une caractéristique de toutes les thèses en design : ce champ de recherche, encore limité d'un point de vue thématique et institutionnel, amène les jeunes chercheur·euses à construire des approches singulières, à la croisée de différentes disciplines scientifiques. Les difficultés, à la fois théoriques et méthodologiques, communes à toutes les thèses en design, font également naître des approches singulières qui mettent au jour les angles morts des disciplines plus structurées et légitimes.

Ce contexte étant établi, il n'est pas surprenant que mon parcours de formation en design ait rencontré, aux portes de l'Université, une série de portes qui claquent, et d'autres qui s'entrouvrent. Au croisement de nombreuses négociations à la fois scientifiques et financières, mes recherches ont pris des inflexions qu'il est utile de détailler dans cette introduction.

En premier lieu, mes recherches ont fait l'objet d'un financement Cifre avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), du 1er avril 2022 au 31 mars 2025. Mon projet de thèse est le fruit de la rencontre d'intérêts que j'avais déjà formulés (le design numérique, la santé et les approches féministes de la recherche) avec les activités de l'Anact, plus particulièrement dans le cadre d'un projet commandité par la Direction Générale de l'Offre de Soins en 2021. Ce projet visait à observer les effets des transformations numériques actuelles dans le monde de la santé sur les conditions de travail d'une variété de professionnel·les. Ce projet s'inscrivait sur 4 années (2021-2025), sur 9 régions françaises et 56 établissements sanitaires et médico-sociaux. Une équipe composée de chargé·es de missions du siège de l'Anact et des associations régionales associées (Aract) ont ainsi structuré une analyse de ces enjeux au croisement des politiques du numérique en santé et des conditions de travail : ce projet a donné lieu à différents livrables, et principalement un rapport, que j'ai co-rédigé[2].

[2] Les détails du projet sont consultables à : https://www.anact.fr/projet-numerique-medico-social-qvct

Les modalités de ma participation à ce projet Anact/DGOS n'étaient pas déterminées à l'avance : il est vite apparu que, pour des raisons pratiques, mes recherches ne pourraient pas porter *sur* le projet Anact/DGOS, ni s'appuyer pleinement sur son contenu. Mes recherches se sont ainsi construites en parallèle : le projet nourrissait ma réflexion, et inversement, mais les deux n'étaient pas solidaires. Mes recherches ont été, à ce titre, indépendantes de ma structure de financement, et aucun livrable n'a été exigé par avance. Cette indépendance a été actée par le choix d'un terrain d'enquête distinct du projet Anact/DGOS. Le financement dont a fait l'objet ma thèse de doctorat m'a donc orienté vers la question du travail, qui est nourrie, à l'Anact par des approches particulièrement riches en ergonomie, en gestion et en sociologie des techniques. J'ai néanmoins pu faire des choix scientifiques libres et éclairés à partir de ces premières approches.

Sur le plan académique, mes recherches ont été marquées par un cheminement relativement solitaire. Bien que j'ai trouvé des espaces de discussion entre pair·es, mon encadrement scientifique a connu des rebondissements qui ont mis en péril la finalisation de cette thèse de doctorat. Cette dernière a d'abord été encadrée par le chercheur en architecture Pierre Litzler, la philosophe spécialiste des éthiques du *care* Vanessa Nurock et le designer Ruedi Baur. Mais cet accompagnement a dû être remis en question au bout de 2 ans : un trop grand nombre d'interlocuteur·ices, un ancrage théorique de plus en plus fort dans le champ des STS et un départ en retraite ont eu raison de cet encadrement. Vivien Philizot a ainsi pris le relai dans un moment difficile, mais néanmoins salvateur : mon enquête était bouclée, ma revue de littérature presque terminée, ce qui laissait peu de place aux échanges de fond qui auraient pu avoir lieu en début de thèse. Néanmoins, cet encadrement a permis d'officialiser une collaboration qui était, de façon plus organique, déjà en cours à l'occasion de différents événements scientifiques organisés par les membres de l'ACCRA, et plus particulièrement du groupe de recherche Cultures visuelles, dont je fais partie. Mes recherches ont trouvé dans ces espaces un écho qui m'a permis de prendre part à la structuration d'axes de recherches du département naissant de recherche en design graphique. Ces axes portent notamment sur la production d'images comme formes de connaissances et sur la rencontre entre les cultures visuelles, le design graphique, les *media studies* et les *Sciences and Technology studies* pour étudier des images aussi variées que des billets de banque, des bulletins météorologiques, des photos d'animaux sauvages ou des documents administratifs.

S'il a eu du mal à se structurer et à trouver un espace dans un contexte français, le cheminement scientifique que je viens d'exposer s'inspire largement d'approches dites « inventives », et principalement anglo-saxonnes, de la recherche en sciences sociales.

Posture et état de l'art des approches entre design et STS

Depuis une quinzaine d'années, un pan des *Science and Technology Studies* (STS) s'est tourné vers les « pratiques du faire » (Downey et Zuiderent-Jerak, 2021) en dialogue avec les champs du design et des arts. Ce mouvement, particulièrement dynamique dans le monde anglo-saxon, s'inscrit dans un double déplacement : d'une part, l'attention croissante portée aux objets et à la matérialité des environnements de recherche ; d'autre part, la volonté de développer des méthodes inventives (Lury *et al.*, 2020) où la production de connaissances passe par des gestes de conception, de représentation ou de participation des publics.

L'un des programmes les plus emblématiques de cette orientation est celui du « Making & Doing », initié dans le cadre de la 4S (*Society for Social Studies of Science*), et qui permet d'« activer les STS à travers l'expression et la circulation des savoirs » (Downey et Zuiderent-Jerak, 2021) en donnant autant de valeur épistémique à la fabrication d'images, de dispositifs, de prototypes, ou d'ateliers qu'à la production textuelle académique. Les contributions rassemblées dans cet ouvrage – ou encore dans des projets comme *Energy Babble* (Boucher *et al.*, 2018) – font du design un moyen de rendre perceptibles les dynamiques sociales et politiques qui traversent les objets et technologies ordinaires.

Ces approches s'incarnent dans une constellation de laboratoires et groupes de recherches hybrides tels que *Doing STS* (Vancouver), *Public Data Lab* (Royaume-Uni) ou le *Methods Lab* (Goldsmiths, Royaume-Uni). Tous partagent une approche située de la recherche, où les formes d'enquête se construisent à partir d'ateliers, de zines, de maquettes, d'images, d'expositions, etc. Chez *Doing STS*, la méthode passe par des gestes ordinaires – écrire, coudre, composter, bricoler – qui deviennent autant de manières de « matérialiser des futurs alternatifs ». Le *Methods Lab* cherche quant à lui à produire des formes de « recherches critiques, créatives et interdisciplinaires avec toute une série de choses et de personnes inhabituelles et inattendues » (Coleman *et al.*, 2023), tandis que le *Public Data Lab* explore les façons de rendre visibles des problèmes publics par des dispositifs visuels collaboratifs, où le design devient outil d'enquête et de pédagogie collective.

Ce déplacement vers le faire n'est pas seulement méthodologique : il est épistémologique. Les projets qui s'en réclament reposent sur un double ancrage : la matérialité des objets et des environnements étudiés, et la « situatedness » (Haraway, 1991) des pratiques de recherche. Ces démarches refusent la posture d'extériorité du ou de la chercheur·euse au profit d'un engagement local, affectif et réflexif, inspiré des épistémologies féministes et postcoloniales. Comme le souligne le manifeste de *Doing STS*, il s'agit de « développer des littératies scienti-

fiques et techniques à partir de pratiques ordinaires, locales, et parfois désordonnées ».

Enfin, si cette orientation demeure largement anglo-saxonne, elle trouve aujourd'hui des relais en France, notamment au Médialab – Sciences Po, où le design est mobilisé pour inventer des méthodes de recherche hybrides entre SHS et ingénierie, et au sein du groupe Cultures visuelles de l'ACCRA à Strasbourg, où l'image est envisagée comme un processus matériel et social. Dans des champs plus proches de l'anthropologie, certains groupes de recherche développent des « écritures alternatives » de la recherche comme à la Fabrique des écritures ethnographiques (Centre Norbert Elias, Marseille). Les travaux de Nicolas Nova sont à ce titre un exemple qui m'ont suivi durant toute la durée de mes recherches : à travers la bande dessinée (*Dr Smartphone*, 2021), le jeu de société (*Chamonix-Sentinelles*, 2023), l'exposition et l'édition (*Bestiaire de l'anthropocène*, 2024), l'anthropologue déploie une panoplie de formes pour produire des connaissances. En s'inspirant des « arts de l'attention » (*arts of noticing*) défendus par l'anthropologue Anna Tsing, Nova s'emploie à « passe[r] au peigne fin le désordre des mondes existants en cours de fabrication, à la recherche de trésors » (Tsing, 2015, 255).

Mes recherches se sont inspirées de cet intérêt particulier pour la matérialité du monde, en accordant une attention plus particulière encore à la production d'images pour rendre compte de cette matérialité. Ma démarche s'est appuyée sur les travaux de Johanna Drucker sur la visualisation comme interprétation (2014, 2020), ou de Sarah Pink (2022) sur l'ethnographie visuelle et sensorielle : dans ces approches, les images et objets graphiques ne représentent pas la recherche, ils la constituent. Ce sont des instruments de pensée et d'analyse, tout autant que des formes de traduction ou de publicisation de la recherche.

L'enquête que j'ai menée s'est alors, dès les premiers instants, appuyée sur une variété d'images et dessins, que j'ai réitérés, griffonnés, dupliqués, colorisés, superposés. Étudier les choses (Denis et Pontille, 2022) a été un réflexe que j'ai voulu soutenir par une approche méthodologique cohérente : pour parler des choses, il faut s'aventurer à les représenter, à les rendre tangibles.

Présentation des chapitres

Ce manuscrit de thèse s'articule en deux parties. La première partie dresse un état des lieux critique des travaux existants sur les secrétaires (médicales) tout en élaborant les outils théoriques nécessaires à son étude ethnographique. Plusieurs revues de littérature convergent pour montrer que ce travail reste à la fois omniprésent dans de nombreuses organisations et difficile à saisir.

50 nuances d'invisibilité : des secrétaires médicales absentes

Le premier chapitre de ce manuscrit part du constat de l'invisibilité des secrétaires médicales des réflexions actuelles et plus anciennes concernant l'évolution technique et organisationnelle des infrastructures hospitalières, notamment en matière de gestion de l'information. À partir d'un état de l'art des travaux portant sur le métier de secrétaire et plus précisément de secrétaire médicale, ce chapitre analyse les modalités des différentes nuances de l'invisibilité du travail de ces dernières.

50 nuances de visibilité : les images des secrétaires médicales

Le deuxième chapitre s'intéresse aux représentations des secrétaires (médicales) à travers un « millefeuille de représentations » qui, au-delà des frontières de l'hôpital, façonnent notre perception collective d'un travail et de celles qui l'exercent. Dans les médias, sur Internet, au cinéma, dans la presse spécialisée ou à l'école, différentes formes de visibilité des secrétaires (médicales) amènent à façonner le travail lui-même et ses conditions d'exercice.

Du zéro-papier au zéro-saisie : la « dématérialisation » à l'hôpital

Le troisième chapitre propose un état de l'art autour des notions largement répandues dans le champ du numérique en santé : le zéro-papier et la dématérialisation des systèmes d'information. En s'inscrivant dans une critique des discours qui façonnent des infrastructures de l'information immatérielles, je propose d'associer le travail médico-administratif exercé par les secrétaires médicales à une forme de travail des données qui repose sur un environnement matériel fragile, dont il s'agit de prendre soin.

Les secrétaires, la chercheuse et l'infrastructure : construire un point de vue situé

Le quatrième chapitre revient sur les enjeux méthodologiques de la construction d'une enquête ethnographique portant sur les secrétaires médicales à l'hôpital. Assumant son ancrage biographique, ce chapitre interroge les « blancs » de l'enquête – absences de données, silences, angles morts – comme autant d'éléments

participant d'une approche située des infrastructures hospitalières, dans la lignée des épistémologies féministes. Il présente ensuite les enjeux méthodologiques liés à la production d'outils graphiques de représentation de des données de l'enquête, notamment l'usage du dessin.

D'une infrastructure à une autre : le secrétariat comme lisière

Le cinquième chapitre propose une alternative aux récits dominants d'une interopérabilité parfaite des infrastructures, en s'intéressant au secrétariat comme une lisière des infrastructures que sont les systèmes d'information hospitaliers, ou plus précisément les dossiers patient·es. Cette lisière se caractérise par le grand nombre de « traces » de l'information qui y circulent, et par le travail d'articulation nécessaire pour appréhender l'hétérogénéité de ces traces, qui circulent entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital. La lisière devient également un concept clé pour penser de nouvelles manières de représenter visuellement les infrastructures.

Des documents et des opérations

Le sixième chapitre revient sur les traces particulières que sont les documents, et plus précisément les documents médico-administratifs. Il revient sur différentes définitions à la frontière de plusieurs disciplines scientifiques qui permettent d'appréhender ces objets graphiques dans le contexte particulier de l'hôpital. Les documents font partie d'un écosystème visuel au sein duquel se déploient des opérations de traduction qui permettent de faire circuler l'information médico-administrative. Ces opérations émanent de l'action collective d'acteur·ices humain·es et non-humains.

La deuxième partie de ce manuscrit ouvre véritablement sur les résultats de l'enquête de terrain que j'ai mené. Chaque chapitre de cette deuxième partie présente une forme particulière des opérations visuelles de traduction de l'information médico-administrative qui ont lieu à la lisière de l'hôpital – dans les secrétariats.

« Faire propre ». Arrangements de l'information médico-administrative

Le septième chapitre expose les opérations qui consistent à rendre lisible, accessible, actionable l'information à l'hôpital. Ces opérations reposent sur une certaine perception de la « propreté » dans un contexte administratif, qui s'inscrit dans l'histoire de la modernisation du travail de bureau.

Copies. Les exigences de la reproduction de l'information

Le huitième chapitre explore les opérations de copie au cœur du travail médico-administratif. Il démontre que copier ne signifie jamais seulement reproduire : c'est une opération de traduction que l'on retrouve dans la frappe de courrier, le scannage de documents, la création de dossiers de soins ou encore l'archivage.

Articulations. Plis et déchirures d'un logiciel de papier

Le neuvième chapitre s'intéresse aux opérations d'articulation de l'information dans un environnement matériel hétérogène, entre supports numériques et imprimés. Ce travail nécessite de comprendre le dossier patient informatisé comme un « logiciel de papier » qui reconfigure la notion de « paperasse » et ne fonctionne que parce que les secrétaires médicales remédient aux « plis » et « déchirures » de ce logiciel de papier.

Programmations. Formaliser l'activité hospitalière

Le dixième chapitre examine les logiques temporelles du travail à travers les opérations de programmation assurées par les secrétaires médicales. En analysant les objets graphiques que sont les plannings, agendas et logiciels de prise de rendez-vous, il montre comment s'articulent différents régimes temporels. Les opérations de programmation décrites s'appuient sur des compétences fines de lecture, d'anticipation et de bricolage graphique (codes couleurs, marges, doublons, créneaux de respiration, etc.) qui s'inscrivent dans une construction hiérarchique du temps.

Collaboration. Un travail documentaire anonyme

Le onzième chapitre analyse la vie graphique des comptes-rendus médicaux pour éclairer les formes de collaboration dans la production documentaire à l'hôpital. L'étude d'un corpus de comptes-rendus met en évidence une série de variations graphiques – modèles, gabarits, marges, alignements, formules de validation, signatures – qui composent un ensemble d'objets graphiques à la fois semblables et toujours différents. Ces variations révèlent les modalités collaboratives du travail, et permettent notamment de qualifier le travail d'articulation des secrétaires médicales.

Interruptions. Du foyer au bureau, continuités de la charge mentale

Le douzième chapitre explore la « culture de l'interruption » qui marque le travail des secrétaires médicales. Le régime attentionnel développé par les secrétaires, souvent naturalisé comme féminin, fait écho aux logiques de la charge mentale domestique. Ainsi, du foyer au bureau, les secrétaires développent une cognition distribuée qui s'appuie sur une variété de choses qui peuplent l'espace

du secrétariat. Cette culture de l'interruption est enfin à comprendre d'un point de vue spatial : les formes de mobilité et d'immobilité qui se jouent à l'hôpital sont ancrées dans des rapports de pouvoir qui affectent la capacité des secrétaires médicales à appréhender leurs espaces de travail.

Enquêtes et secrets. Combler les blancs, discrètement

Le treizième chapitre explore la manière dont les secrétaires médicales participent à la fabrication quotidienne du secret à l'hôpital. Tantôt formel ou informel, le secret est à la fois un objet (une information confidentielle) et une pratique (retourner une feuille, fermer une porte, déplacer une bannette). Les secrétaires médicales sont tenues à une double exigence : préserver la confidentialité tout en assurant la circulation de l'information. Cette circulation repose notamment sur des opérations « d'enquête » qui visent à combler les blancs des dossiers, vérifier, recouper des informations tout en protégeant le secret que ces dernières portent.

Soin. La présence des patient·es et l'attention aux dossiers

Le quatorzième chapitre interroge ce dont les secrétaires médicales prennent soin, en plaidant pour la reconnaissance d'une forme de soin administratif pris en charge par les secrétaires médicales. À travers le guichet, espace de mise en (in)visibilité du travail, elles produisent un véritable confort administratif, aménageant les conditions d'une relation de soin. Derrière le guichet, elles veillent à une certaine cohérence documentaire, prenant ainsi « soin » des données.

Prologue.

Entrer dans le numérique en santé par la grande porte

Ce manuscrit de thèse débute avec une déambulation, que les lecteur·ices sont invité·es à suivre au travers d'une carte dessinant mes premiers pas dans le monde du numérique en santé.

Disons pour commencer que j'ai fait connaissance avec ce milieu en entrant « par la grande porte » : les acteurs institutionnels, les agences, les ministères, les appels à projet, les feuilles de route, les doctrines et les livres blancs. Cette découverte de l' « arène » que constitue le numérique en santé m'a permis de saisir les discours dominants, les inquiétudes omniprésentes, les espoirs tonitruants qui emplissent les salons professionnels, les démarrages de projet et les conférences de presse. Ce court moment, qui a duré quelques mois avant que je ne m'intéresse à un sujet beaucoup moins médiatique, m'a permis de construire mes questions de recherche en miroir de celles qui étaient constamment adressées par ces acteurs du numérique en santé : comment rendre tous les systèmes interopérables ? Comment accélérer la dématérialisation ? Comment mettre au pas du numérique tous les établissements sanitaires et médico-sociaux ? Comment rassurer ces établissements et former les brebis galeuses ? Comment harmoniser les pratiques ? La description de quelques-unes des rencontres que j'ai pu faire durant ce moment de défrichage de mon sujet de recherche permet ainsi de comprendre comment a eu lieu mon cheminement jusqu'aux secrétaires médicales et leurs espaces de travail, qui deviendront mon sujet d'étude principal.

Synapse
LEON
Synapse
LEON
LEON

Bienvenue à SantExpo

Le 23 mai 2023, quelques mois avant le début de l'enquête de terrain que j'allais mener dans les secrétariats d'un Centre hospitalier-universitaire français, je décidais de participer à ce qu'on pourrait nommer « la grande messe du numérique en santé » : le salon SantExpo, qui a lieu tous les ans à Paris, au Parc des Expositions de la Porte de Versailles. L'espace du hangar gigantesque qui abrite l'événement est quadrillé de stands et d'espaces de conférences (les Agoras) réunis par des thématiques dont la distinction est parfois assez floue : Hôpital de demain ; Numérique ; E-santé ; Management de l'Innovation, etc. Les stands ont des allures bien marquées : on distingue facilement le faste des stands commerciaux – ornés d'écrans publicitaires, de banques de présentations brillantes et de canapés – de la modestie des stands des établissements de santé ou des syndicats – des tables rudimentaires, quelques tabourets et brochures.

Écrans publicitaires et slogans politiques

Au-dessus d'un stand, une promesse ondule sur une structure blanche en lévitation : « saving time for care » (économiser du temps pour privilégier le soin). La rationalisation du temps via des technologies numériques de plus en plus nombreuses, n'aurait d'autre objectif que d'améliorer le temps du soin : l'inscription en gris (la tâche ingrate de l'administration des soins) est au service de la tâche noble en orange vif (soigner au plus près des patient·es). Plus loin, un écran fait défiler en boucle des clips publicitaires pour un « fournisseur mondial de services et solutions de communication, de réseau et de cloud pour entreprises ». On retrouve une nouvelle variation de la rationalisation du temps au profit du soin : « Permettre aux soignants de se concentrer sur ce qui compte : leurs patients ». Ce type de slogans publicitaires hiérarchise la valeur de deux types de gestes professionnels : celui du soin et celui de l'administration des soins. La noblesse du premier, la trivialité de l'autre. La dévalorisation du travail d'administration des soins permet ainsi à l'industrie des technologies des systèmes d'information de proposer des solutions qui prétendent fluidifier voire faire disparaître certaines tâches administratives. Ces slogans, à priori commerciaux, font en réalité partie d'un argumentaire bien plus large, qui structure les politiques publiques de santé depuis plusieurs années. À SantExpo, industriels, institutions, directions d'établissements et personnalités politiques travaillent de concert à la rationalisation du temps dans l'organisation des établissements de santé.

E-santé, numérique en santé, santé numérique ?

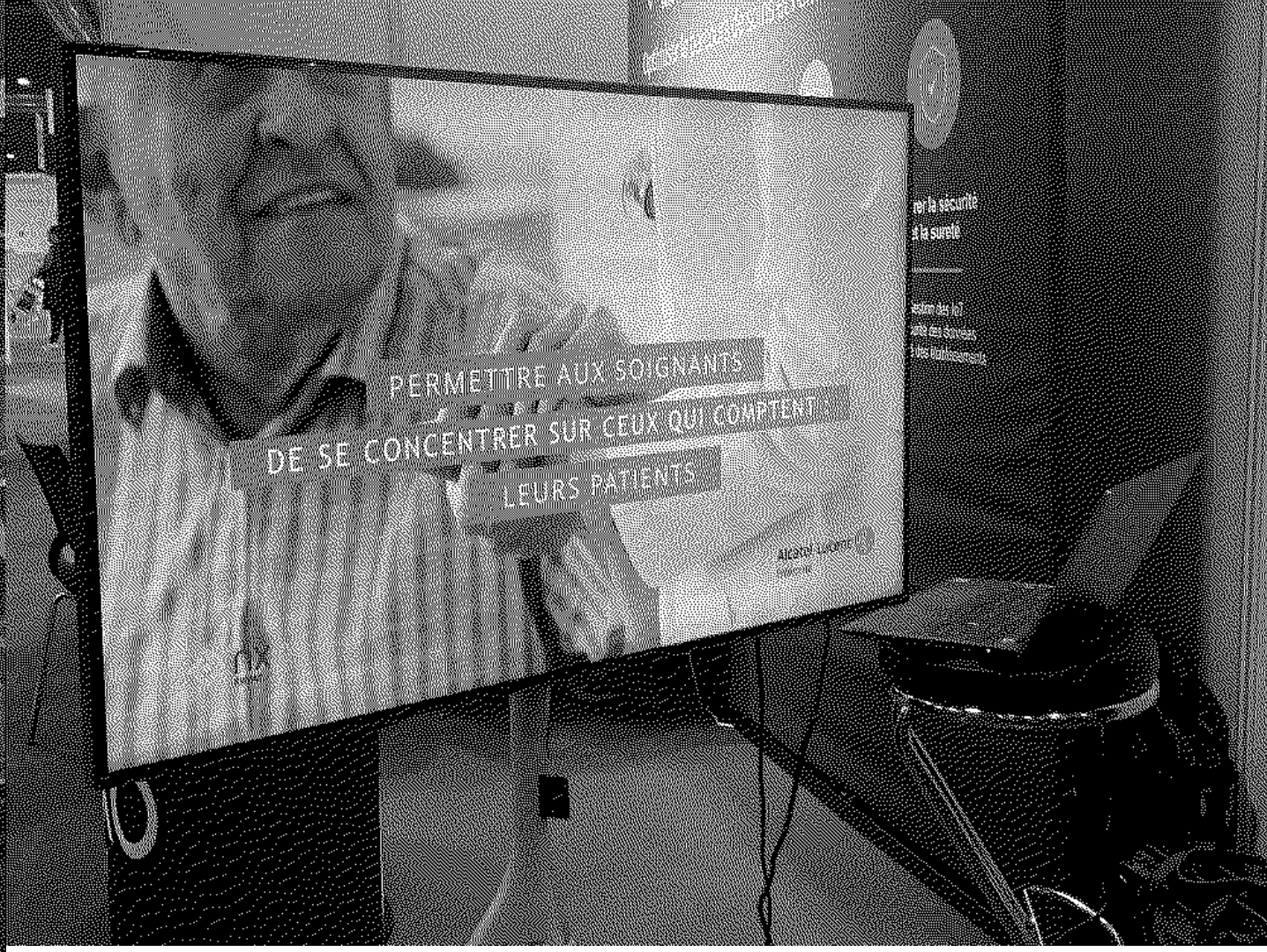
Dans le brouhaha qui anime le parc des expositions, la notion de « numérique en santé », de « santé numérique » ou encore de « e-santé » recouvre une grande partie des pancartes, des kakemonos et des notes des conférencier·ères présent·es. Un point de définition s'impose donc pour circonscrire les discours des acteur·ices que j'ai rencontrés : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'e-santé comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ». Ce terme d'e-santé aurait été employé en 1999 par le consultant australien en santé John Mitchell dans une communication présentée au 7e congrès international de la télémédecine pour qualifier « l'usage combiné de l'internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, à la fois localement et à distance[1] ». Il ressort de cette première interprétation que la e-santé serait davantage un usage qu'un outil.

Selon l'historienne Sarah Sandré, « l'essor de la santé numérique peut se lire comme l'une des manifestations du phénomène de numérisation et de dématérialisation à l'œuvre dans les secteurs public et privé » (Sandré, 2022, 12), qui trouve une première définition dans la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Elle souligne également l'importance de la synergie d'un réseau complexe d'acteur·ices (multinationales, laboratoires pharmaceutiques, start-ups, associations de patient·es, institutions publiques, établissements de santé, etc.) stimulée par l'apparition de relais qui caractérise le secteur de la santé numérique (*ibid.*, 13).

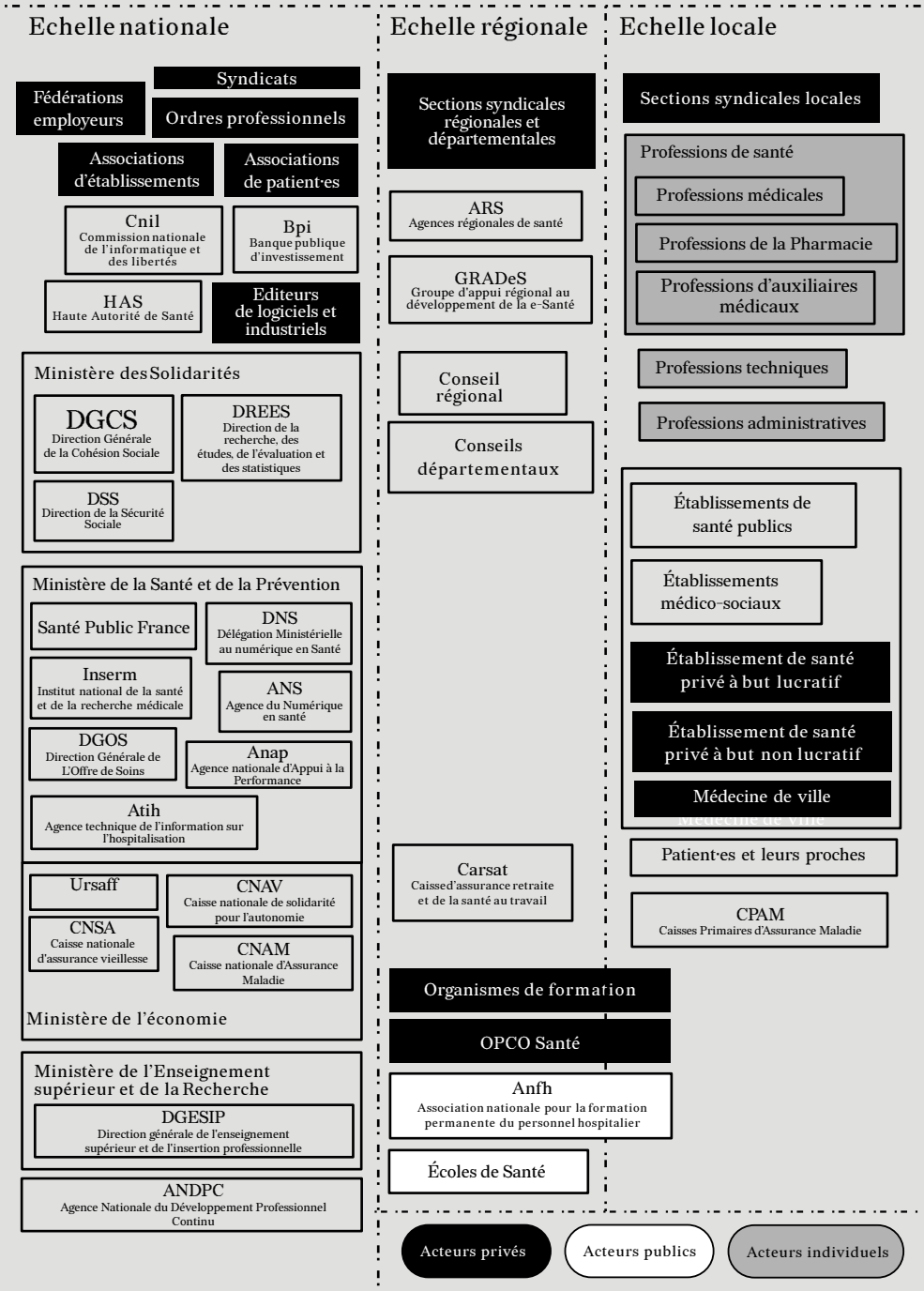
Si plusieurs termes se côtoient, revêtant des définitions similaires, le terme de « numérique en santé » a été préféré dans le cadre de cette thèse de doctorat. Il décrit un processus politique à l'œuvre, plus qu'un ensemble d'outils techniques. Le « numérique en santé » renvoie ainsi aux discours permettant le développement d'outils numériques dans le cadre d'activités professionnelles dans le champ de la santé, notamment dans les secrétariats médicaux, qui seront l'objet de mes recherches.

[1] IRDES, « la e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée », bibliographie thématique, juillet 2019, 4.

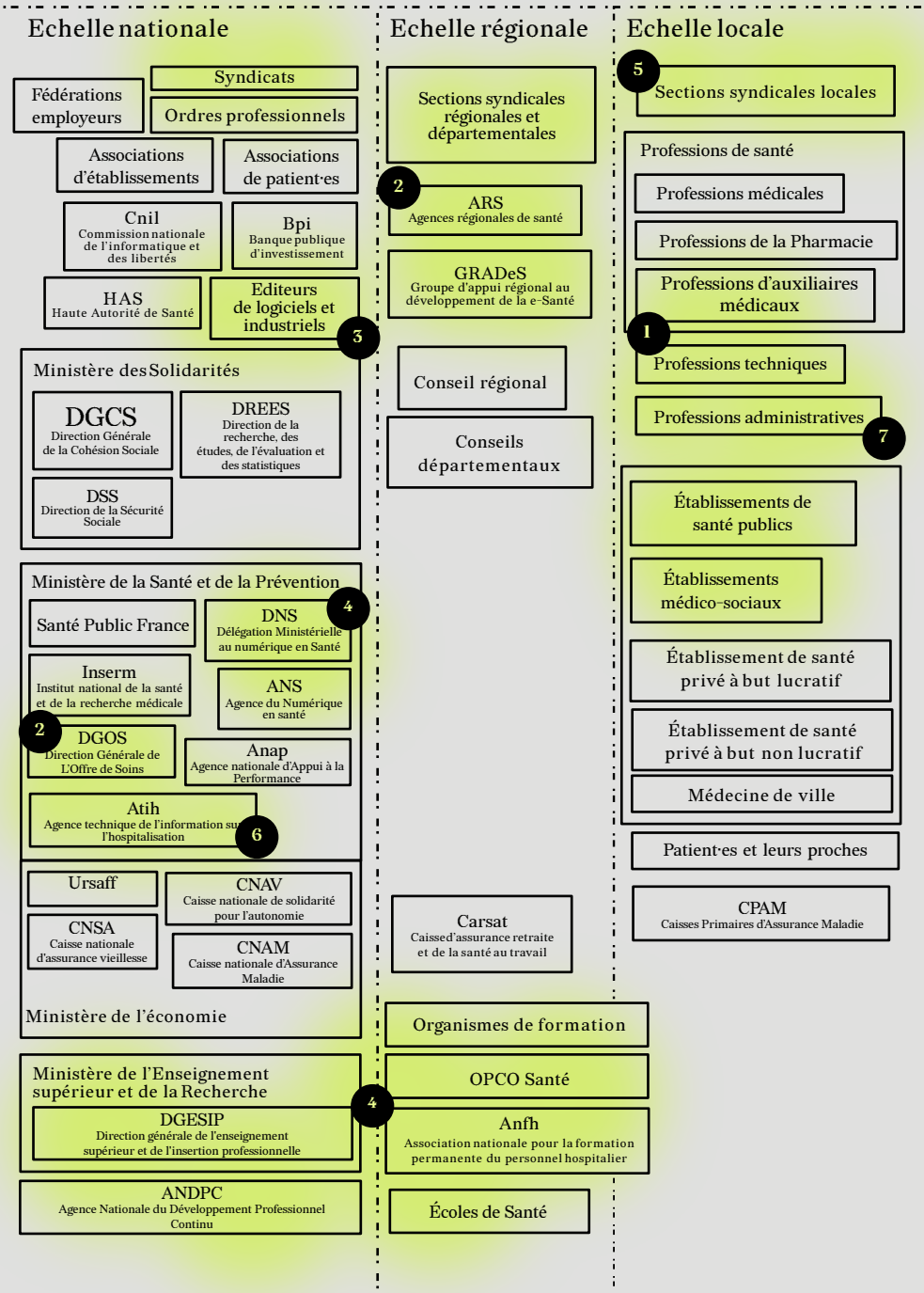
Saving time for care


PERMETTRE AUX SOIGNANTS
DE SE CONCENTRER SUR CEUX QUI COMPTENT
LEURS PATIENTS

Paysage des acteurs du numériques en santé



Une enquête préliminaire



1 L'infirmier et le « zéro-saisie »

Le 16 mai 2023, à quelques jours du salon SantExpo, je rencontre Jean-Marc Pocard, infirmier devenu cadre de santé et référent informatique dans un hôpital francilien. Il se présente aussi comme un « inventeur », ayant collaboré avec des ingénieur·es pour concevoir des dispositifs numériques, dont un stylo à insuline connecté. Sa principale activité consiste aujourd'hui à améliorer les usages du dossier patient informatisé (DPI). Son profil est singulier : soignant de métier, il milite pour des solutions technologiques susceptibles de soulager le travail quotidien. « Aux États-Unis, il existe des infirmiers qui font ce que j'aimerais développer depuis dix ans : adapter le DPI aux besoins réels des soignants. Cette fois, je suis entendu. »

Très actif sur LinkedIn, Jean-Marc diffuse une vision qu'il qualifie de « futuriste », inspirée des géants du numérique. Il imagine des Google Glass pour les soignant·es, une géolocalisation interne permettant de mesurer le temps passé auprès des patient·es, ou encore l'accès nomade au DPI grâce à un simple scan de code-barres. L'objectif est clair : réduire les pertes de temps et les risques d'erreur. Il défend aussi l'usage de « connecteurs » qui associent chaque donnée (poids, tension, etc.) à l'identité du bon patient via un code-barres. Sans eux, explique-t-il, les erreurs de saisie se multiplient et faussent l'ensemble des dossiers. Son regard ne se limite pas au soin direct : il plaide pour une refonte de la logistique hospitalière, souvent négligée, qu'il compare aux systèmes automatisés d'Amazon. Scanner une poche de perfusion permettrait par exemple de décrémenter les stocks et de déclencher automatiquement une commande, évitant pénuries et imprévus critiques en cas de crise sanitaire.

Le projet qu'il promeut s'inscrit dans un imaginaire plus large, celui de l'« hôpital zéro-papier » puis du « zéro-saisie ». L'industrie du numérique en santé s'aligne désormais sur ce créneau : assistants vocaux (Suki, DeepScribe, Nabla), dispositifs de reconnaissance ambiante (PraxySanté, Microsoft Nuance Dragon) ou encore solutions d'automatisation logistique. La presse spécialisée, déjà fascinée par la « Full Démat' », s'enthousiasme aujourd'hui pour l'« Ambient AI » (voir le chapitre 4). Jean-Marc Pocard se positionne comme expert métier, mobilisant anecdotes et expériences pour défendre un futur hospitalier où RFID, géolocalisation et reconnaissance vocale allégeraient enfin le poids du travail administratif qui pèse sur les soignant·es. Cette première rencontre dans le monde du numérique en santé pose les jalons de discours que j'allais recroiser très souvent.

2 L'Anact, la DGOS et les effets du numérique sur les conditions de travail

En 2022, j'intègre une équipe projet de l'Anact constituée à la demande et avec le financement de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour produire un panorama des effets du numérique sur les conditions de travail dans la santé. Pendant trois ans, j'ai suivi cette enquête collective, qui s'est appuyée sur les agences régionales de santé de neuf régions et a conduit à l'engagement de cinquante-six établissements sanitaires et médico-sociaux.

Ce travail s'est déroulé dans un moment charnière des politiques publiques. En 2022, le plan Ma Santé 2027 est lancé et le portail Mon espace santé est ouvert à l'ensemble des usager·ères. L'année suivante, le plan Ségur Santé Numérique engage deux milliards d'euros pour généraliser le partage sécurisé des données de santé. Dans le même temps, la Commission européenne amorce la création d'un Espace européen des données de santé. Ces dynamiques s'articulent à d'autres évolutions plus larges : la crise du Covid-19, qui a montré la nécessité d'accéder à distance à des données fiables et partagées ; la réforme Serafin-PH, prévue pour 2025, qui redéfinit le financement des établissements médico-sociaux et requiert une harmonisation des systèmes d'information ; l'entrée en vigueur du RGPD en 2018, qui impose de nouvelles contraintes de conformité ; ou encore la création du Health Data Hub, pensé pour favoriser la recherche et l'essor de l'intelligence artificielle appliquée aux données médicales.

Ces politiques s'inscrivent elles-mêmes dans une histoire plus ancienne. Depuis la fin des années 1960, l'informatique prend une place croissante dans l'organisation hospitalière. La circulaire ministérielle du 6 janvier 1989 fixait déjà un double objectif : garantir la cohérence nationale des systèmes d'information tout en permettant aux hôpitaux de développer leurs propres solutions, dans une logique de productivité et de maîtrise des coûts. Dans les années 2010, la DGOS a poursuivi cet effort d'harmonisation avec le programme Hôpital numérique. Plus récemment, la feuille de route du numérique en santé publiée par la DNS en 2023 a fait mention explicitement du temps de travail médical et de l'amélioration de la prise en charge des patient·es un axe prioritaire – une orientation absente de la précédente feuille de route, publiée en 2019.

C'est précisément sur ce manque que l'Anact a cherché à intervenir, en introduisant le prisme du travail dans la réflexion sur le numérique en santé. Le numérique ne se limite pas à moderniser des outils, il reconfigure en profondeur le contenu du travail, les pratiques professionnelles et les modes d'organisation.

3 La DNS et la formation des professionnel·les au numérique en santé

En 2023, je rencontre, par l'intermédiaire de l'Anact, Matthieu Faure, directeur de projets à la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS). Cette structure rattachée au ministère pilote la stratégie nationale de transformation numérique, coordonne l'action des opérateurs publics (ANS, Assurance maladie, ARS, etc.) et accompagne les professionnel·les dans l'appropriation des outils. Matthieu Faure est responsable plus spécifiquement de la « formation et acculturation au numérique en santé ».

Matthieu Faure m'explique en particulier les tenants et aboutissants d'une étape récente du « virage numérique en santé ». L'arrêté du 10 novembre 2022 sur la « formation socle au numérique en santé » marque la volonté de l'État de préparer les futur·es soignant·es aux enjeux technologiques désormais indissociables du soin. Dès la rentrée 2024, les étudiant·es de douze formations en santé devront suivre ce module commun, structuré autour de cinq domaines : données de santé, cybersécurité, communication, outils numériques et télésanté.

Il m'explique la mise en œuvre du Référentiel des compétences numériques en santé, conçu comme un tronc commun adaptable au niveau et aux usages de chaque profession. Cette généralisation se heurte aux formations infra-bac (secrétaires médicales, aides-soignant·es, auxiliaires de puériculture) et aux métiers du médico-social, caractérisés par une grande diversité d'écoles et de diplômes. La DNS prépare néanmoins un socle de compétences numériques pour les agent·es publics de catégorie C et B, en première ligne dans la gestion des dossiers patient·es informatisés mais rarement formés aux enjeux de sécurité et d'interopérabilité. Cette montée en compétence suppose un dialogue avec les DRH hospitalières, les écoles du service public, les OPCO et l'ANFH.

Ces évolutions favorisent l'émergence de profils hybrides : facilitateur·ices numériques, ingénieur·es médicaux·ales, médecins-managers ou chef·fes de projet numérique, technicien·nes de l'information médicale (TIM). Matthieu Faure insiste sur la position nodale de la DNS dans ce processus : il ne s'agit pas seulement de produire des outils ou des référentiels, mais de créer des interactions entre ministères, établissements, professionnel·les et financeurs. Le défi est autant technique que culturel : faire du numérique un levier d'émancipation professionnelle, plutôt qu'une contrainte de plus.

4 Des éditeurs de logiciels insaisissables

Au cours de mon enquête au CHU de Montpellier, comme lors de ma participation au projet mené par l'Anact, j'ai constaté que les éditeurs de logiciels n'étaient pas les acteurs les plus simples à aborder. Pourtant, ils constituent un maillon essentiel, comme en témoignent les recherches de l'historienne des sciences et juriste Sarah Sandré sur les dynamiques d'innovation en e-santé et le rôle des incubateurs de start-up (Sandré, 2022, 139).

Dans un contexte d'obligations réglementaires, notamment liées au RGPD, les hôpitaux manquent de compétences et de financements pour sécuriser leurs systèmes : « Cette réglementation génère des difficultés et constitue un défi, car elle suppose des investissements technologiques importants et la mobilisation de compétences qui manquaient jusque-là » (*ibid.*, 43). Elle décrit un écosystème d'acteurs privés investissant des marchés publics émergents : Les mesures nationales et européennes soutiennent l'entrepreneuriat sans disposer encore de mécanisme concret d'évaluation. En France, ces initiatives viennent du secteur privé (*ibid.*, 131). Dans ce paysage, les incubateurs font office de relais auprès des institutions publiques (*ibid.*, 206), de véritables intermédiaires de l'action publique : « Ils pèsent par leurs budgets, par les effectifs employés et l'impact de leurs choix. Mais ils interviennent aussi par leur pouvoir normatif, leur capacité à produire des règles de comportement et à en surveiller l'exécution. Ils ont le pouvoir de formater des architectures institutionnelles, des principes généraux jusqu'aux modes de saisie des transactions de base » (Lascoumes & Lorrain, 2007).

Cette imbrication du privé dans l'action publique nourrit les critiques. Pour Gilles Jeannot et Simon Cottin-Marc (2022), la « privatisation numérique » constitue un « nouveau chapitre de la privatisation de l'État », fondé sur les logiques monopolistiques des plateformes et du *big data*. Dans la santé, cela se traduit par le quasi monopole de Doctolib, les controverses autour du Health Data Hub ou encore les dépendances techniques révélées par StopCovid face aux contraintes d'Apple et Google. Dans cette arène politique et économique, les établissements, surtout les plus petits, peinent à articuler le financement de solutions techniques comme le dossier patient informatisé aux besoins réels des professionnel·les. L'Anact a observé que les calendriers de déploiement sont souvent dictés par les éditeurs : les établissements rédigent en urgence un cahier des charges, puis attendent des mois avant la mise en œuvre. Une fois installés, les logiciels offrent peu de personnalisation ; les mises à jour, standardisées pour un usage global, laissent souvent apparaître des onglets inconnus de leurs utilisateur·ices. Le dossier patient informatisé apparaît ainsi comme une interface tentaculaire – tout aussi difficile à s'approprier qu'à enquêter.

5 L'absence des syndicats

Les transformations du travail liées aux nouveaux usages du numérique restent en marge des revendications syndicales. Si les outils informatiques ont profondément modifié le quotidien des professionnel·les de santé, ces changements sont peu discutés dans les espaces du dialogue social. C'est le constat que nous faisons dans le rapport remis à l'issu du projet mené par l'Anact. Nous y notons notamment que, dans le cadre du Comité Social Économique (CSE), l'obligation d'information des syndicats sur l'introduction de nouvelles technologies est rarement respectée, ce qui les empêche de se saisir pleinement de ces sujets – l'ergonomie des logiciels, la surcharge cognitive liée à la double gestion papier/numérique, ou encore l'appropriation inégale des outils par différent·es populations professionnelles et sociales. Ce silence contraste avec la place croissante des technologies dans les réorganisations hospitalières. Au CHU de Montpellier, la nouvelle directrice d'établissement, nommée en 2023, utilise l'intelligence artificielle comme un levier important pour rendre la médecine plus performante mais aussi pour « réduire considérablement la charge de documentation, fluidifier certaines routines de travail en minimisant le temps devant un écran et en améliorant la qualité des interaction avec les patient·es[2] » et insiste en particulier sur la capacité de l'IA à contribuer au « numérique du dernier mètre (gestion des plannings, tablettes, connexion DxCare par carte, prescriptions, ...)[3] ».

Le 29 mai 2024, alors que je clôture mon enquête dans les secrétariats du CHU de Montpellier, j'ai l'occasion de discuter avec Danielle Ramirez, secrétaire médicale de formation et représentante syndicale FO plus de 20 ans. Elle m'éclaire sur les dynamiques syndicales autour du métier d'assistante médico-administrative (AMA), auparavant appelé secrétaire médicale. L'histoire de cette profession, longtemps cantonnée à un rôle d'exécution (frappe, sténographie, archivage), est marquée par une lente reconnaissance institutionnelle, avec la création du statut d'AMA en 2011 – un changement jugé surtout symbolique. Pour les syndicats, l'enjeu central reste la défense du statut et la régularisation des collègues « faisant fonction », sans titre ni concours. Cette mobilisation prend forme à travers des actions collectives portées par les agent·es elles-mêmes, comme l'obtention d'une prime (IFTS). Mais malgré ces avancées ponctuelles, les personnels administratifs peinent à se mobiliser durablement. Le métier souffre d'un déficit de reconnaissance, aggravé par la baisse du niveau de formation observée ces dernières années, générant chez les plus anciennes recrues un sentiment d'inquiétude face à la déqualification de la profession.

---

[2] Projet d'établissement 2023-2027, CHU de Montpellier, p. 49. URL : https://www.chu-montpellier.fr/fr/a-propos-du-chu/politique-detablissement/projet-detablissement

[3] *Ibid.*, p. 25.

6 L'Atih, l'agrégation des données et la charge administrative

En explorant les dispositifs mis en œuvre par les opérateurs publics du numérique en santé, j'ai rapidement identifié un document produit par la DGOS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) : l'Atlas des SIH. Cet outil met à disposition des acteur·ices de la santé les principales données sur l'évolution des systèmes d'information hospitaliers, en s'appuyant notamment sur l'Observatoire des systèmes d'informations de santé (oSIS) et sur le Référencement des Éditeurs de Logiciels et des Intégrateurs du Monde de la Santé (RELIMS). Coordonnés par l'Atih, ces instruments mesurent le niveau de maturité numérique des établissements et participent à la mise au pas du secteur.

Le 28 avril 2023, je rencontre Étienne Joubert, co-pilote du Programme Nouveaux Recueils à l'Atih, qui vise à réduire « la charge administrative des soignant·es ». Conçue comme un opérateur technique du ministère, l'agence répond aujourd'hui à une demande croissante de données émanant des autorités de tutelle. Au cœur de son activité se trouve le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). D'abord conçu pour décrire l'activité hospitalière, il est devenu un outil normatif servant de base au financement des établissements. L'Atih en gère l'ensemble de la chaîne – conception, déploiement, protocoles. L'objectif actuel est de faire converger les données produites dans les soins vers des usages gestionnaires, tout en limitant doublons et surcharge administrative. Mais cette ambition se heurte à plusieurs frictions. Les données du PMSI, souvent mensualisées, sont mal ajustées aux besoins des professionnel·les. Les logiques médicales et gestionnaires reposent sur des temporalités différentes. La mobilisation d'outils de gestion logistique, inspirés du *supply chain management*, reste étrangère au métier de soignant·e. Derrière les chiffres, un travail de traduction s'opère : transformer la réalité clinique en codes, standardiser les pratiques, hiérarchiser pathologies et actes. S'ajoute la question de la qualité des données, étroitement liée aux ressources locales. Certains établissements remplissent mal certaines demandes, faute de moyens, et la qualité conditionne parfois les financements, renforçant ainsi les inégalités.

L'Atih se trouve donc au croisement du soin et de la gestion, tentant de concilier des logiques disjointes et de transformer des données produites pour soigner en instruments de régulation. En 2023, l'agence a lancé une enquête sur l'organisation et le temps consacré à l'information médicale. Ses résultats ne sont pas encore publics, mais la question de la charge administrative des soignant·es s'impose désormais comme un enjeu important pour l'Atih.

7 Une coordinatrice des secrétariats

Suite à la publication sur LinkedIn de l'étude de l'Atih, je remarque un commentaire publié par une coordinatrice des secrétariats médicaux d'un hôpital en région parisienne. Je décide de la contacter pour récolter de premières informations sur ce métier auquel je commence à m'intéresser – celui de secrétaire médicale. Isabelle Jeanne coordonne 130 assistantes médico-administratives (AMA) et a elle-même exercé dans les années 1990. Son parcours témoigne d'une connaissance fine du métier « par le bas », qu'elle mobilise aujourd'hui pour accompagner la professionnalisation des AMA et piloter des projets de transformation numérique. Elle se dit « très pro-numérique », tout en demeurant lucide sur les effets ambivalents des outils sur l'organisation du travail.

La transformation numérique du métier est massive selon elle : disparition progressive du papier, généralisation du dossier patient informatisé (DPI), de Doctolib, de Dragon Medical One (reconnaissance vocale), ou encore de logiciels de planification et de transport. Si ces outils permettent des gains d'efficacité, ils reconfigurent les chaînes de travail. Le nouveau DPI de son établissement, Easily, impose des séquences rigides : une lettre de liaison ne peut être finalisée sans la saisie préalable des observations médicales. Cette structuration logicielle du travail exige une coordination serrée entre professionnel·les.

L'évolution numérique redéfinit aussi les relations professionnelles. La reconnaissance vocale décharge les AMA d'une partie de la frappe, mais renforce leur lien avec les médecins autour de nouvelles missions : statistiques, gestion de projet, démarches qualité. Le changement d'intitulé, de « secrétaire médicale » à « assistante médico-administrative », traduit cette polyvalence. Pour Isabelle, les AMA sont des appuis irremplaçables, à condition que leur expertise soit reconnue et outillée.

Si le numérique ne supprime pas les tensions organisationnelles (surcharge téléphonique, emplacement des bureaux, qualité des relations interpersonnelles restent déterminants dans la charge réelle), il a toutefois apporté des améliorations (meilleure sécurisation des données, visibilité sur les parcours, analyses transversales). Les AMA ne sont pas réticentes au numérique : elles en font un usage quotidien, mais souvent dans des conditions contraintes. Isabelle insiste sur la nécessité de les associer dès la conception des projets, afin que leur expérience d'usage soit pleinement prise en compte.

Cette première partie dresse un état des lieux critique des travaux existants sur le secrétariat médical tout en élaborant les outils théoriques nécessaires à son étude ethnographique. Plusieurs revues de littérature convergent pour montrer que ce travail reste à la fois omniprésent dans les organisations et largement sous-étudié. Cette première partie problématise ainsi l'étude du secrétariat médical en articulant critiques des représentations, analyse des transformations numériques et propositions conceptuelles pour décrire, depuis le terrain, un travail invisible.

Partie I

Point de départ : un travail invisible et des documents omniprésents à l'hôpital

Ce premier chapitre explore l'absence structurelle des secrétaires médicales dans les discours publics, les statistiques, les politiques du numérique en santé ou la recherche. Cette invisibilité, fondatrice de l'enquête, se manifeste dans la méconnaissance de leur travail, pourtant central à l'activité hospitalière. Ce chapitre retrace notamment la difficulté à « compter » ces travailleuses, révélant un effacement administratif et symbolique. Une absence que l'on retrouve aussi en partie dans les sciences sociales : si les secrétaires furent un objet des études sur le travail féminin et la bureautique dans les années 1970-90, elles restent quasiment absentes de la littérature récente. L'invisibilité de ce métier est finalement discutée en s'appuyant sur les définitions de l'invisibilité du travail dans les STS mais aussi sur la reprise de la notion de « sale boulot » pour caractériser celui des secrétaires (médicales). Cette discussion permet d'établir des modalités d'invisibilité propres au métier de secrétaire médicale.

Chapitre 1

50 nuances d'invisibilité.

Des secrétaires médicales absentes

Le travail des secrétaires médicales est absent. Absent des rapports et études des observatoires et des agences nationales. Absent des discours sur la « dématérialisation » des hôpitaux. Absent des reportages sur la « crise de l'hôpital ». Absent des plaquettes commerciales de nouveaux logiciels et outils d'intelligence artificielle. Absent des projets internes des établissements de santé (le déménagement d'un service, l'implémentation d'un nouveau logiciel, les démarches « qualité de vie au travail », etc.). Absent de la littérature scientifique – ou du moins anecdotique en comparaison des travaux menés sur d'autres métiers dans le secteur de la santé.

C'est sur cette absence que prend racine ce projet de recherche.

Cette absence d'intérêt, à fortiori de valorisation, du travail des secrétaires médicales m'est rendu visible au travers d'une expression que j'ai beaucoup entendu dans la bouche des secrétaires médicales que j'ai rencontré :

« On ne s'ennuie pas ici »

Une expression banale, répétée dès qu'on les interroge sur le contenu de leurs journées. Je constate que l'emploi de cette expression est courant pour faire face à des personnes qui pourraient penser que leur métier n'est pas aussi utile ou indispensable que d'autres. Et en effet, j'ai été étonnée de constater que malgré le passage répété dans leurs bureaux de médecins, d'infirmier·ères ou de manipulateur·ices en électroradiologie, plus rarement d'aides soignant·es, ces dernier·ères ne connaissaient pas beaucoup mieux le contenu des journées des secrétaires que les patient·es qui défilent devant elles. Les infirmier·ères ne savent pas quels logiciels elles sont habilitées à utiliser, tandis que les médecins ne se rendent pas compte de la complexité des activités de programmation de consultations, d'examens ou d'hospitalisation. Ce cloisonnement de la connaissance du travail des un·es et des autres correspond aux « boîtes noires » que Lucy Suchman décrit comme permettant de mettre à l'écart le travail des autres « sans nous préoccuper de la manière dont leur travail est effectué, tout en étant en mesure de dépendre des produits de leur labeur et de les utiliser » (Suchman, 1995, 58). Les secrétaires médicales semblent ainsi faire un travail considéré comme « à la fois obligatoire et sans importance », en produisant « des écrits qui ne comptent pas vraiment » (Denis, 2018, 99). Pourtant lorsque l'on passe plusieurs mois dans ces secrétariats, il apparaît clairement, que non, « on ne s'ennuie pas » dans la plupart d'entre eux. Au contraire, le travail s'accumule sans cesse, et les bureaux tirés à quatre épingles à la fin de la journée sont de nouveau recouverts de piles de documents le lendemain matin. Si ce travail médico-administratif, qui se fait à l'abri du regard du grand public, est si peu valorisé, c'est qu'il repose sur des tâches jugées « insignifiantes » (Avril, 2019) à la fois par les secrétaires elles-mêmes, et par leurs collègues et supérieurs hiérar-

chiques. Lorsque je rencontre la secrétaire référente d'un service d'imagerie médicale, elle m'accueille en m'expliquant pendant plus d'une heure le fonctionnement du service, qu'elle maîtrise sur le bout des doigts, allant même jusqu'à me dessiner les schémas de certaines interventions médicales. Mais lorsque je me déplace derrière elle pour lui expliquer que je vais observer son écran pendant plusieurs jours, elle s'exclame : « Mais moi ce que je fais, tu t'en fous, non ? ».

Le chiffre qui manque

L'absence des secrétaires médicales de différents espaces de discussion au croisement du travail, de la santé et des technologies numériques est à relier avec l'absence de chiffres précis et constants pour les dénombrer. En essayant d'élargir ma compréhension de ce métier, j'ai tenté de récolter des chiffres, à différentes échelles, permettant de caractériser ce groupe professionnel : en voici le cheminement.

Durant les mois que j'ai passé, de manière intermittente, dans le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, j'ai eu l'occasion de rencontrer 36 secrétaires médicales. Il s'agit des personnes avec qui j'ai pu discuter ou bien dont j'ai pu observer le travail. J'ai pu en croiser de manière beaucoup plus fugace quelques dizaines d'autres. C'est un échantillon relativement réduit par rapport aux quelques 600 assistantes médico-administratives[1] que compte l'établissement. Ces secrétaires médicales font partie des 1155 personnels administratifs, qui ne représentent eux-mêmes que 9,7% de la masse salariale totale de ce CHU – 11 966 personnes employé·es, selon le rapport social de cet établissement en 2023[2]. Encore quelques chiffres qui donnent le vertige : ces secrétaires médicales, aux côtés de leurs collègues aux métiers variés, ont pris en charge, au cours de l'année 2023, 337 823 passages en imagerie, 6 millions d'actes de biologie, 40 239 interventions chirurgicales, 597 545 consultations externes et 132 499 passages aux urgences. Autant « d'actes » qui nécessitent un travail administratif conséquent.

Pour décrire les profils de ces secrétaires médicales, je leur ai proposé un questionnaire, que 28 d'entre elles ont rempli anonymement, après mon passage dans leurs secrétariats respectifs. Ces femmes sont toutes françaises et vivent dans le département de l'Hérault. Elles ont entre 29 ans et 63 ans – avec une moyenne

[1] Ce chiffre est indicatif, et provient du recoupement des chiffres approximatifs que m'ont fourni les secrétaires et leurs encadrantes. J'y reviendrai plus tard dans ce chapitre, mais le services des ressources humaines n'a pas été en capacité de préciser ce chiffre.

[2] CHU de Montpellier, Chiffres clés, 2023.

d'âge de 48 ans. Dix-sept d'entre elles sont en concubinage ou mariées, et ⅔ d'entre elles ont des enfants. Elles gagnent en moyenne 2221 euros brut, et ont en moyenne 17 ans d'expérience professionnelle en tant que secrétaire médicale, 14 ans d'ancienneté dans l'établissement actuel et 9 ans d'ancienneté à leur poste actuel – ce qui témoigne d'une sur-représentation dans mon panel des professionnelles expérimentées par rapport aux nouvelles recrues.

Les secrétaires médicales que j'ai rencontrées sont en réalité des assistantes médico-administratives (AMA), des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière de catégorie B. Il est néanmoins difficile d'obtenir des chiffres précis sur cette population professionnelle, car les métiers du secrétariat ont des frontières poreuses. Au sein du CHU de Montpellier, toutes les AMA ne sont pas titulaires de leur grade, une partie d'entre elles sont des agent·es contractuel·les. Par ailleurs, parmi celles qui sont titulaires, certaines n'ont passé que le concours d'adjointe administrative (de catégorie C) et font ainsi « fonction d'assistante médico-administrative » car elles n'en ont pas passé le concours. Plus généralement, cette difficulté à décrire clairement l'identité professionnelle des secrétaires est décrite par le sociologue Olivier Liaroutzos qui constate, en 1997 déjà, que le découpage actuel des métiers du secrétariat en deux catégories (secrétaire et secrétaires de direction) « ne reflète plus aujourd'hui la réalité des métiers du secrétariat dont le contenu a changé. Les appellations du métier ne sont pas plus significatives. Le vocabulaire est flou et ne correspond guère, aux dires des secrétaires mais aussi des employeurs, à la réalité de situations très diverses. De ce point de vue, le terme d'assistante, apparu dans un souci de revalorisation de la profession, n'est pas plus précis. Ce problème de définition est régulièrement posé à propos du secrétariat car il renvoie à la question sensible de l'identité professionnelle. » (Fournier et Liaroutzos, 1997, 1). Il propose ainsi une nouvelle classification comprenant des secrétaires généralistes, des secrétaires de direction, et des secrétaires spécialisées, auxquelles les secrétaires médicales appa tiennent.

Pour se figurer à grands traits qui sont les assistantes médico-administratives (AMA), il faut alors ruser : lorsque je m'adresse au service des ressources humaines du CHU de Montpellier pour obtenir des chiffres précis sur la population des AMA, on me communique le rapport social de 2023 du CHU de Montpellier, qui ne comprend aucune catégorie statistique dédiée aux AMA. Je ne parviens donc pas à savoir précisément combien de personnes ont le statut d'AMA et combien exercent ce métier. Ces données manquantes, et pourtant simples de prime abord, m'interrogent : le CHU de Montpellier ne serait pas capable de compter ses secrétaires médicales ? Mon hypothèse est qu'il le peut, mais que les outils de formalisation de ces chiffres ne sont pas assez simples pour être communiqués à une chercheuse extérieure à l'établissement. Autre hy-

pothèse, la communication de l'écart entre le nombre de postes d'AMA et le nombre de titulaires du grade d'AMA pourrait créer un porte-à-faux. Mon enquête s'est terminée avant que je puisse répondre à cette question.

Si l'on prend de la hauteur sur ces chiffres, les secrétaires médicales font partie de groupes professionnels plus vastes : celle des employé·es administratif·ves, celle des secrétaires, et celles des secrétaires médicales (dont on distingue l'activité en médecine de ville et l'activité dans des établissements sanitaires ou médico-sociaux). Procédons donc en entonnoir : parmi les employé·es, qui sont au nombre de 7,3 millions en 2019 en France, les employé·es administratif·ves en représentent 19% (contre 36% en 1982). La même année, les ¾ d'entre elles et eux sont des femmes (une proportion stable depuis 1982)[3]. Le métier de secrétaire est particulièrement représentatif de cette féminisation du travail : 97% des secrétaires en poste en 2019 sont des femmes[4].

On constate également que le nombre de secrétaires a largement chuté au cours des dernières décennies. Olivier Liaroutzos identifie trois explications à cette chute : la reconfiguration des métiers du secrétariat entraîne d'abord une hausse du nombre de secrétaires (de 527 000 emplois de secrétaires en 1982 à 841 000 en 1992[5]), puis une stagnation jusqu'à la fin des années 1990. Enfin, une lente « érosion » qui se poursuit encore aujourd'hui (819 000[6] emplois de secrétaires en 1999, 516 000[7] en 2019). Liaroutzos associe cette évolution à la montée des activités de service qui emploient près des trois quarts des secrétaires ainsi qu'aux nouvelles technologies de l'information qui reconfigurent l'organisation du travail dans les entreprises et administrations et qui entraîne des transferts de catégories : « un certain nombre de dactylographes et d'employées administratives sont devenues secrétaires » (Liaroutzos, 2000, 2).

Enfin, le dernier sous-ensemble auquel appartiennent les assistantes médico-administratives sont les secrétaires médicales. Selon l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales, les cabinets médicaux emploient près de la moitié

---

[3] Insee (5 mai 2020). Les employés : des professions largement féminisées (Insee Focus, n° 190).

[4] *Ibid.*

[5] Fournier, Christine, et Olivier Liaroutzos. « Le secrétariat : une profession qui sait s'adapter ». *Céreq Bref*, n° 129 (1997) : 1. Ces chiffres et les suivants comprennent les emplois de secrétaires et de secrétaires de direction.

[6] DARES (2000), « Secrétaire, un métier qui s'est adapté à la généralisation de la bureautique », *Premières Synthèses*, n° 08.1, Les chiffres mentionnés sont extraits de l'enquête Emploi 1998 de l'Insee.

[7] France Stratégie & Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) (2022). « Les métiers en 2030 ». Rapport du groupe Prospective des métiers et des qualifications, sous la présidence de Jean-Christophe Sciberras. Paris : France Stratégie / Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion.

(47 %) des secrétaires travaillant dans le domaine de la santé en 2014[8]. Si la plupart des AMA que j'ai rencontré ont suivi une formation de secrétaire médicale, elles m'ont affirmé que le métier était totalement différent « en libéral » : une organisation moins complexe que celle d'un CHU et une activité beaucoup moins segmentée. Ainsi, les AMA constituent bien un sous-ensemble particulier des secrétaires médicales.

On peut également observer les chiffres de la fonction publique hospitalière pour tenter de retrouver la trace des AMA, bien que, comme je l'ai dit, un vaste écart subsiste entre le statut de ces dernières et les fonctions qu'elles occupent réellement. Un constat partagé par Olivier Liaroutzos qui regrette que l'on « ne saurait [pas] les dénombrer car les appellations des postes et des grades ne correspondent pas toujours aux métiers exercés » (Liaroutzos, 2000, 4). Ainsi, parmi les 1 082 700 d'agent·es qu'emploie la fonction publique hospitalière en 2024, les AMA font partie des 30% d'agent·es de catégorie B de la fonction publique hospitalière. 87 % de ces agent·es sont des femmes (contre 78% des agent·es de la fonction publique hospitalière et 63 % des agent·es de la fonction publique)[9].

Les chiffres issus de la cartographie des métiers mise en place par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (Anfh) depuis 2018 complètent ceux du Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Néanmoins, cette cartographie repose sur une mise à jour régulière des données pour chaque établissement et chaque région sur la base du volontariat. Ils sont donc à examiner avec précaution[10]. Cette cartographie indique qu'en 2023, 4% des 868 541 agent·es de la fonction publique hospitalière occupent un poste de secrétaire médicale. Elles représentent 33,6% des personnels administratifs de management et de direction (catégorie que représente elle-même 12% du total des agent·es de la FPH). Les personnels administratifs de management et de direction sont à 89% des femmes, et à 73% titulaires de leur poste. Ils et elles ont en moyenne 47 ans. 38% du personnel administratif, de management et de direction est classé en catégorie B (dont fait partie le grade d'assistante médico-administrative).

Finalement, une étude prospective publiée en 2025 par l'Anfh nous permet d'obtenir des chiffres plus précis sur la population des personnes exerçant le métier

---

[8] Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales (OMPL) (2014). « Cabinets médicaux : portrait statistique ». Paris : OMPL.

[9] Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) (2024). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – Édition 2024. Faits et chiffres. Paris : DGAFP / Ministère de la Fonction publique, de la Simplification et de la Transformation de l'action publique.

[10] Le contexte de la production des chiffres de la cartographie des métiers a été discutée avec Mickaël Eveno, Anfh, le 21 mai 2025.

de secrétaire médicale (et pas seulement les personnes qui ont le grade d'Assistante médico-administrative). On apprend donc que la plupart des secrétaires médicales sont titulaires (74%) ou en cours de titularisation (4%). La majorité de ces professionnelles exercent dans le secteur sanitaire : 13 792 en centre hospitalier-universitaire (39,76%) ; 17 931 en centre hospitalier (51,69%), pour un total de 31 723 personnes (91,45%). On observe une prédominance significative du grade « d'Assistant Médico-Administratif » (AMA) que l'on retrouve sous le grade regroupé de « secrétaires médicaux » et qui représente plus de 60% des effectifs, classés en catégorie B. L'âge médian des secrétaires médicales est de 46,10 ans. Il est à noter que cette médiane se situe significativement au-dessus de l'âge médian des agent·es Personnels Non-Médicaux (PNM) de la FPH, établi à 42,4 ans, ce qui pourrait indiquer un vieillissement relatif par rapport à l'ensemble des agent·es.

En naviguant parmi ces chiffres, je constate que les AMA sont difficiles à repérer, elles se glissent dans des catégories statistiques génériques. Mes rencontres personnelles avec un petit groupe d'entre elles recoupent néanmoins des phénomènes statistiques de plus grande ampleur : c'est un métier largement occupé par des femmes, et ce de manière constante depuis les années 1980. C'est un métier qui tend à être occupé par des femmes de moins en moins jeunes, possiblement à cause du manque d'attractivité de la fonction publique, qui offre moins de perspectives d'évolution professionnelle, et dont la difficulté des concours décourage[11]. C'est enfin un métier dont les effectifs réduisent d'année en année : cette réduction est souvent justifiée par l'informatisation des systèmes d'information des entreprises et des administrations, comme s'accordent à le dire, à 40 ans d'écart, le rapport Nora-Minc (1978) et le rapport 2030 de la DARES. Une autre hypothèse soutenue par Olivier Liaroutzos porte sur le manque de qualifications fines du vaste champ professionnel du secrétariat, qui a souffert de nombreuses évolutions depuis plusieurs décennies. Ce ne serait donc pas tant l'informatisation en tant que telle qui réduirait les effectifs mais le manque d'outils pour (re)qualifier ce que le travail secrétarial signifie dans des environnements de travail informatisés : autrement dit, si les catégories statistiques échappent à la réalité du travail des secrétaires (médicales), il faut chercher à décrire ce travail par des outils qui prennent en compte la recomposition de ces activités.

Ainsi, l'enquête que j'ai mené part du constat d'une absence – celle des secrétaires médicales dans des débats actuels autour de la « dématérialisation » (et de l'automatisation(de certaines tâches, portées par des groupes d'acteurs politiques et économiques structurées (ce que la représentation des métiers du se-

[11] Ces constats sont ceux fait par un responsable de la formation SMMS de la Croix Rouge, à Grabels, dans l'Hérault. Plus de détails dans la conclusion de ce manuscrit.

crétariat n'est pas). Cette invisibilité semble en premier lieu exister à cause d'une identité professionnelle faible à l'échelle des « grands chiffres ».

Une absence omniprésente

Dans le cadre de mes recherches, j'ai pu observer l'absence des secrétaires médicales dans deux espaces particulièrement : celui de la recherche scientifique et celui des politiques publiques de santé et plus précisément dans le « numérique en santé ».

J'ai déjà développé dans le prologue de ce manuscrit comment l'absence des secrétaires médicales dans le premier espace – celui du numérique en santé – m'a poussé à étudier ce métier. Je voudrais ici m'intéresser à leur absence dans l'espace de la recherche scientifique, et plus particulièrement en sciences humaines et sociales. L'étude des métiers du secrétariat, et plus spécifiquement des secrétaires médicales, fait l'objet d'une littérature fragmentaire, à la fois historiquement datée et inégalement distribuée entre les contextes nationaux et disciplinaires. Deux périodes s'avèrent particulièrement productives : d'une part les années 1970-1990, qui coïncident avec l'informatisation massive des tâches administratives et la féminisation accrue de ce segment professionnel ; d'autre part, un regain d'intérêt plus récent dans les années 2010-2020, porté par les transformations du travail induites par la numérisation des systèmes d'information des établissements de santé.

Une littérature marginale

La première vague de recherches sur les métiers du secrétariat, dans les années 1970-1990, s'inscrit dans les travaux plus larges sur le travail des femmes, les emplois de bureau et les effets sociaux du tournant technologique. En France, le réseau Mage (Marché du travail et genre) a largement contribué à mettre en discussion la dimension structurelle du genre dans l'organisation du travail, que l'on retrouve au cœur des métiers du secrétariat : citons par exemple l'ouvrage *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail* (Maruani, 1998) qui discute des « carrières à la traîne des secrétaires » (Alonzo et Liaroutzos, 1998) ou bien l'article « Professions au féminin Représentation statistique, construction sociale » de Thomas Amossé (2004) qui traite des nomenclatures de l'emploi « féminin ».

Dans le monde anglo-saxon, les secrétaires sont perçues comme emblématiques d'une condition professionnelle féminine prise en étau entre assignation sociale

et modernisation technique. L'étude pionnière de Mary Kathleen Benet (1972) qualifie le secrétariat de « ghetto féminin », décrivant un univers marqué par la subordination hiérarchique, le manque de mobilité et l'invisibilité du travail accompli. Dans cette lignée, Rosemary Pringle (1989) met en lumière les tensions entre normes de féminité, autorité patronale et sexualisation implicite des relations de travail dans les bureaux. Ces analyses sont prolongées dans les recherches sur l'informatisation, où l'on observe une spécialisation des femmes dans les « fonctions supports » liées à la bureautique (Balka & Smith, 2000 ; Hartmann *et al.*, 1987 ; Rapkiewicz, 1997), dans une division sexuelle du travail technique que Delphine Gardey (2001, 2008) resitue historiquement dans l'évolution du travail de bureau.

En France, quelques travaux se penchent sur les transformations du secrétariat à l'époque de la bureautique : les études du Céreq (Fournier & Liaroutzos, 1996, 1997 ; Liaroutzos, 1997 ; Alonzo et Liaroutzos, 1998 ; Liaroutzos, 1998 ; 2000 ; Couppié *et al.*, 2002) mettent en évidence la recomposition des qualifications, les difficultés d'insertion professionnelle des jeunes secrétaires, et l'émergence d'un nouveau modèle d'« assistante » plus polyvalente et autonome. Cette évolution ne se traduit pourtant que marginalement en termes de reconnaissance statutaire ou salariale (Liaroutzos 1998, 2000). La féminisation massive du secteur, analysée par Josiane Pinto (1987, 1990, 2000), contribue à cette dévalorisation, en entretenant un imaginaire d'extension des tâches domestiques à l'espace du bureau (Avril, 2019).

Les secrétaires médicales font toutefois l'objet d'une attention beaucoup plus restreinte dans cette littérature qui s'intéresse aux secrétaires plus largement. Le peu de travaux qui en font la mention sont généralement intégrés à des recherches sur l'organisation hospitalière ou sur les mutations du travail administratif en contexte sanitaire. On peut citer, de façon isolée, des papiers de synthèse évoquant succinctement l'histoire ou le rôle des secrétaires médicales : le professeur Jean Guenel retrace l'introduction du métier dans les hôpitaux de Nantes (1996), Véronique Lieugaut Amer-Moussa évoque le rôle de la secrétaire en pédopsychiatrie (2006), Clément Corriol *et al.* produisent une synthèse dans une revue professionnelle de la recomposition du métier à l'heure des réformes hospitalières et des outils numériques (2017).

Mes recherches s'inscrivent dans le prolongement de ces analyses du secrétariat (matrice genrée du travail administratif, dévalorisation de ce type d'emploi, difficulté à les qualifier, etc.), mais proposent deux modalités méthodologiques peu (voire pas) utilisées pour étudier ce travail : d'une part, la mise en oeuvre d'une enquête ethnographique dans des secrétariats hospitaliers, d'autre part, une approche matérielle du travail nourrie par mon ancrage dans le champ du design.

Par ailleurs, mon intérêt particulier pour les secrétariats médicaux n'a été que peu exploré (Bossen et al, 2012 ; Avril, 2019 ; Plegat et Lewkowicz, 2025).

Un faible ancrage dans l'histoire des luttes féministes

Malgré leur importance numérique et leur rôle pivot dans les bureaucraties modernes, les secrétaires – et singulièrement les secrétaires médicales – ont été peu investies par les recherches féministes récentes. Si les travaux des années 1970-1990 ont bien mis en évidence la structure genrée du métier, ces analyses sont restées figées dans le temps, sans questionnement de leur actualisation (possible, voire nécessaire). Le contraste est d'autant plus frappant que d'autres professions féminisées, comme les infirmières ou les aides-soignantes, ont fait l'objet d'une attention soutenue. Christelle Avril (Avril, 2018 ; Avril et Vacca, 2020) est l'une des rares autrices à avoir récemment rouvert ce chantier, en interrogeant la position liminale des secrétaires dans les organisations du soin, tout en soulignant la continuité historique de ce travail avec le travail domestique.

Si le métier de secrétaire a largement participé à la féminisation du travail salarié au XXe siècle, il demeure paradoxalement peu central dans l'histoire des luttes féministes (à l'exception du mouvement 9to5, un mouvement militant de secrétaires au début des années 1970 à Boston, aux États-Unis), tant sur le plan politique que dans les travaux académiques. Ce relatif effacement est particulièrement frappant au regard du rôle structurant joué par ces travailleuses dans les économies de la communication, de l'administration et du soin. L'analyse comparée des contextes américain et français permet de mieux comprendre les logiques d'invisibilisation propres à ce groupe professionnel, ainsi que les différences d'outillage conceptuel mobilisé pour penser leurs conditions de travail.

Aux États-Unis, la catégorie des *pink-collar workers* – littéralement les « cols roses » – émerge dans les années 1970 pour désigner les emplois féminins peu qualifiés des secteurs de service, parmi lesquels les postes de secrétariat occupent une place centrale. Popularisée par Louise Kapp Howe dans *Pink Collar Workers* (1977), cette désignation visait à nommer la spécificité des métiers « féminins » dans des espaces de travail structurés par des logiques de genre :

> « Le terme "col rose" (pink-collar) fait référence à l'évolution de la situation au milieu du siècle dernier, lorsque les femmes sont devenues en grand nombre secrétaires, dactylographes, téléphonistes, serveuses, puéricultrices, etc. [...] le terme "col rose" en est venu à symboliser les emplois qui ont absorbé la main-d'œuvre féminine en expansion » (Zaidi et Poster, 2013).

Ces réflexions, produites dans un contexte nord-américain, ont permis de penser le secrétariat, non seulement comme un bastion de la féminisation du travail, mais aussi comme un espace de production et de reproduction de la blanchité en tant que norme professionnelle tacite. Louise Kapp Howe mentionne également que la transformation du secrétariat à partir des années 1960-1970 coïncide avec les lois antidiscrimination aux États-Unis : la demande croissante de main-d'œuvre dans les bureaux ouvre partiellement les portes du secteur aux femmes afro-américaines. Howe observe que « dans la plupart des lieux de travail, le seul changement réel de la main-d'œuvre cléricale au cours de la dernière décennie s'est produit en termes de race, non de sexe » (Howe, 1977, 147). Le ratio de femmes noires employées dans les bureaux augmente rapidement, passant de moins de 2 % en 1940 à plus de 20 % en 1970. Mais l'entrée des femmes noires dans les bureaux est également accompagnée d'une nouvelle phase de déqualification des métiers du secrétariat : les nouvelles technologies informatiques accompagnent une dévalorisation du travail de secrétariat, caractérisée non plus seulement par une féminisation mais aussi par une racialisation du travail.

Alors que les secrétaires ont longtemps symbolisé l'accès des femmes blanches de classe moyenne à la respectabilité salariale, les femmes noires ont été tenues à distance de ces positions, assignées à des emplois de service et de domesticité, malgré des niveaux d'éducation comparables. Jacqueline Jones le souligne dans *Labor of Love, Labor of Sorrow* (2010) : Dans l'entre-deux-guerres et jusqu'aux années 1950, 60 % des femmes noires actives travaillent encore dans le service domestique, contre 16 % des femmes blanches, tandis que 40 % des femmes blanches occupent des emplois de bureau ou de vente, contre seulement 5 % des femmes noires. Selon elle, cette exclusion ne découle pas d'un déficit de compétences : les filles issues de familles afro-américaines migrantes ont atteint un niveau d'éducation comparable à celui des femmes blanches de même génération. Le maintien des barrières raciales dans les bureaux procède ainsi d'une construction sociale de la compétence qui associe la respectabilité administrative à la blancheur. Jennifer Keohane montre au même titre que la racialisation du travail administratif ne s'exprime pas seulement dans l'accès différencié à l'emploi, mais aussi dans les normes corporelles et comportementales imposées aux secrétaires (Keohane, 2021). Dans les bureaux durant la Guerre froide, les femmes étaient littéralement « exposées » comme vitrines de la modernité dans les entreprises : leur tenue, leur langage et leur gestuelle incarnaient une façade de respectabilité. Cette « mise en vitrine » du travail administratif a fonctionné comme un dispositif d'exclusion, car elle exigeait des corps conformes à un idéal de féminité blanche, mince et maîtrisée. Les secrétaires afro-américaines ou issues de minorités ethniques, quand elles étaient embauchées, étaient souvent cantonnées à des postes sans contact public, rendant leur présence invisible dans la topographie racialisée du bureau (*ibid.*).

En France, Sarah Mazouz a plus récemment mis en lumière la « blanchité républicaine » comme norme implicite des professions administratives, renvoyant les personnes racisées à une extériorité supposée à la neutralité bureaucratique (Mazouz, 2020). Si ces analyses ne portent pas spécifiquement sur le secrétariat, elles offrent des outils utiles pour penser l'articulation entre genre, race et professionnalité dans ces métiers. En France, les recherches sur le secrétariat sont rares et ont adopté une focale centrée sur la division sexuée du travail. La dimension raciale y demeure largement absente. Cette absence tient à des raisons à la fois politiques et épistémologiques : le paradigme universaliste français, peu propice à la reconnaissance des catégories ethno-raciales, limite la possibilité d'objectiver les rapports sociaux de race dans l'analyse du travail. Le secrétariat reste abordé comme un métier genré, mais rarement comme un espace racialement structuré, alors même que dans certains secteurs – comme les hôpitaux ou les établissements scolaires – les postes de secrétariat sont occupés de manière croissante par des femmes racisées. Si je n'ai pas traité spécifiquement ces enjeux dans mes recherches, par manque de temps, de recul théorique et politique mais aussi d'outils d'enquête, il n'en reste pas moins un sujet à explorer. Par ailleurs, les secrétaires que j'ai rencontrées étaient dans leur vaste majorité des femmes blanches : il serait intéressant de confronter ce constat à une analyse territoriale (au-delà du milieu urbain du sud de la France que j'ai étudié) et organisationnelle (au-delà des structures hospitalières).

Des thèmes émergents : travail des données et critique de l'intelligence artificielle

Dans les années 2010-2020, le métier de secrétaire médicale connaît une double invisibilisation : par sa marginalisation dans les politiques publiques du numérique en santé et par sa faible intégration dans les recherches en sciences sociales sur le virage numérique. Pourtant, des travaux récents commencent à explorer les effets de la numérisation des dossiers médicaux et du pilotage par les données sur les secrétaires. L'approche en termes de « travail des données », notamment développée dans le cadre des *Infrastructures studies* et du *Computer Supported Cooperative Wor*k, permet ici de réinscrire le secrétariat médical dans les chaînes de production et de circulation de l'information hospitalière (Bossen *et al.*, 2012 ; Knudsen & Bertelsen, 2023). Ces études soulignent l'importance du travail de traduction et de formalisation opéré par les secrétaires médicales, en tension avec les logiques prescriptives des logiciels médicaux. Le volet relationnel du métier, souvent réduit à une « qualité féminine », apparaît au contraire comme une compétence à part entière mobilisée dans des contextes d'interaction marqués par la douleur ou l'attente. Aaron Cicourel (2002) avait déjà montré l'importance des secrétaires dans la gestion de l'accessibilité des

soins via la prise de rendez-vous. Cette médiation se poursuit aujourd'hui dans des environnements où la numérisation ne supprime pas, mais reconfigure, le travail médico-administratif. Néanmoins, les travaux sur le travail des données à l'hôpital ciblent rarement les secrétaires médicales en particulier, bien qu'il arrive que des papiers dérivés d'une enquête plus large soient publiés (Bossen *et al.*, 2019 ; Plegeat et Lewkowicz, 2025). Enfin, des travaux appartenant aux champs critiques des technologies utilisent la figure de la secrétaire, ou plus généralement de l'assistant·e, pour interroger l'invisibilisation des technologies dans nos environnements contemporains – notamment à l'aune de la protection des données personnelles dans l'usage de la reconnaissance vocale par exemple (Krajewski, 2018 ; Lingel et Crawford, 2020).

Derrière le guichet : un travail invisible

Définir le travail et son invisibilité

> « Le travail est, d'une certaine manière, toujours invisible pour tout le monde, à l'exception de ses propres praticien·nes (et même celleux-ci ne sont pas toujours conscient·es de leur propre expertise et de son fonctionnement). » (Nardi et Engeström, 1999, 2)

Une des caractéristiques principales du travail des secrétaires médicales est d'être souvent invisible. Cette invisibilité, si elle peut être franche et totale dans certaines formes d'activité, prend ici une forme plus diffuse. En effet, ce métier jouit d'une certaine connaissance publique (à défaut d'une reconnaissance) : tout le monde connaît des secrétaires (médicales), tout le monde en a déjà rencontré lors d'une visite médicale, et chacun·e d'entre nous se figure à grands traits leurs occupations quotidiennes. Pourtant, je montrerai dans ce travail de recherche qu'une grande partie de leur travail commence précisément là où s'arrêtent ces représentations communes. Derrière le « guichet[12] » qu'il est commun d'associer aux secrétaires médicales, la définition du travail interroge. Le guichet sert alors d'intermédiaire à la mise en visibilité ou non de certaines tâches et de certains rôles attribuées aux secrétaires.

Pour comprendre cette invisibilité, il est essentiel de poser une question préalable : qu'est-ce que le travail ? Comme le rappellent Susan Leigh Star et Anselm Strauss, « ce qui sera considéré comme du travail ne dépend pas à priori d'un ensemble d'indicateurs, mais plutôt de la définition de la situation » (1999, 15) :

[12] Cette notion, qui a fait l'objet de nombreux travaux (Lipsky, 1980 ; Dubois, 1999 ; Weller, 1999) sera approfondie dans le chapitre 14.

> « D'un côté, il y a le travail physique, avec la sueur, la respiration haletante et les signes d'effort musculaire. À l'autre extrémité, il y a le travail qui n'implique aucun mouvement dans l'instant, comme le fait d'être payé pour être disponible pour travailler, qu'il y ait ou non une activité spécifique dans la période de temps. Tout au long de ce continuum, la visibilité et la légitimité du travail ne peuvent jamais être considérées comme acquises » (*ibid.*, 15).

La visibilité du travail repose donc sur une tension permanente entre des tâches formellement décrites et des tâches informelles effectuées « en coulisses » (*ibid.*). Des interactions apparemment futiles – comme le bavardage – participent ainsi pleinement à l'organisation du travail. Star et Strauss soulignent à ce propos que :

> « on peut avoir l'impression que les secrétaires se contentent souvent de bavarder entre elles ou avec les client·es – une activité qui dénote certainement un manque de travail réel. Cependant, ce qui est ignoré, c'est la façon dont les informations transmises entre les secrétaires sur leurs supérieurs hiérarchiques peuvent faciliter la communication entre ces dernier·ères, accélérer les demandes inhabituelles en construisant un réseau de coopération mutuelle et d'échange de faveurs, ou éliminer les interruptions inutiles en retardant l'arrivée d'un client gênant » (*ibid.*, 18).

Bonnie Nardi et Yrjö Engeström proposent une typologie particulièrement utile pour appréhender ces formes d'invisibilité : (1) un travail effectué dans des lieux invisibles (comme les sous-sols ou les bureaux fermés d'un hôpital), (2) un travail jugé routinier ou manuel mais exigeant en réalité de nombreuses compétences (comme la frappe de courrier ou la programmation de rendez-vous médicaux), (3) un travail accompli par des personnes invisibilisées socialement (comme les femmes ou les personnes racisées), et (4) des processus informels non inscrits dans les descriptions de poste mais indispensables au fonctionnement collectif, comme les conversations de couloir, l'humour ou les récits informels (Nardi et Engeström, 1999, 1).

Dans le cas des secrétaires médicales, ces quatre dimensions se conjuguent. Leur bureau, souvent relégué aux marges de l'espace hospitalier, constitue un espace de travail à la fois central et périphérique. Leur activité est perçue comme mécanique et répétitive et leur position dans la division genrée du travail contribue à leur invisibilisation. Enfin, leurs pratiques informelles restent largement absentes des outils de gestion.

Une approche genrée de l'invisibilité du travail : le « sale boulot » des secrétaires médicales

Le travail invisible des secrétaires (médicales) peut être appréhendé à partir du concept de « sale boulot » ou *dirty work*, défini par Everett C. Hughes (1951), et retravaillé depuis dans une perspective féministe. Dans leur introduction au dossier « Sales boulots » de la revue *Travail, genre et sociétés*, Pauline Seiller et Rachel Silvera (2020) rappellent que Hughes désigne par là des tâches « sales » « parce qu'elles sont physiquement dégoûtantes ou parce qu'elles symbolisent quelque chose de dégradant ou d'humiliant » mais renvoie aussi « à ce qui va à l'encontre de nos conceptions morales les plus héroïques [Hughes, 1996 (1951), 81] » (Seiller et Silvera, 2020, 2).

Dans cette perspective, les secrétaires médicales, parce qu'elles occupent une position subalterne, féminisée et peu reconnue, se retrouvent en première ligne pour assumer ce travail dévalorisé. Comme le soulignent les autrices, « le rapport au sale boulot produit et reproduit des inégalités de genre au travail et témoigne de la dévalorisation de certaines tâches dévolues aux femmes » (*ibid.*, 3).

Leur travail ne s'inscrit néanmoins pas tant dans une forme de saleté littérale (car elles ne sont pas en contact direct avec les corps des patient·es, par exemple) mais plutôt dans une forme de saleté morale : le travail administratif est largement rejeté par les professionnel·les de santé. Cette dimension morale est au cœur de l'analyse proposée par Christelle Avril et Irene Ramos Vacca (2020) dans leur article sur les métiers de femmes et la division morale du travail. Elles insistent sur le fait que ces métiers, comme celui de secrétaire, « se définissent moins par un faisceau de tâches donné que par un ensemble de rôles qui font l'unité de ce faisceau de tâches » (Avril et Vacca, 2020, 15). Ces rôles sont perçus comme « naturels » parce qu'ils prolongent les fonctions assignées aux femmes dans la sphère domestique. Les autrices écrivent ainsi que : « Les "métiers de femme", ceux dont on dit qu'ils sont "bien pour une femme", sont réputés peu accaparants et mobilisent des qualifications spécifiques qui sont naturalisées comme des qualités féminines [...] en particulier ménager et maternel » (*ibid.*, 3).

Dans le cas des secrétaires, cela se traduit par une disponibilité constante, une capacité à s'adapter à toute demande, à combler les manques de l'organisation, à couvrir les défaillances. Hughes décrit ce phénomène à propos des infirmières, mais cela s'applique aussi aux secrétaires : elles doivent « faire tout ce qui est nécessaire (quelle qu'en soit la nature) et qui risquerait de ne pas être fait » (Hughes, 1951 cité dans : Avril et Vacca, 2020, 9). Josiane Pinto avait, à ce titre, déjà défini la secrétaire comme « celle qui s'adapte à toute demande et est tou-

jours disponible » (Pinto, 1987), ce qui en fait, selon Michelle Perrot, « le prototype du métier féminin » (Perrot, 1987).

Or ce rôle d'adaptation permanente inclut bien des dimensions du « sale boulot » : réparer les maladresses, contenir les émotions, porter la charge affective ou relationnelle que d'autres rejettent. Comme l'écrivent Avril et Vacca, secrétaires, aides-soignantes et infirmières sont bien celles qui viennent « couvrir les défaillances, assumer l'immoralité des supérieur·es ». Ce travail « permet aux autres catégories professionnelles de se présenter sur la scène du travail sous leur meilleur jour, comme hautement héroïques, et garantit le maintien de leur position de pouvoir » (*ibid.*, 15).

Ce que révèlent ces analyses, c'est que le « sale boulot » des secrétaires ne tient pas uniquement à la nature des tâches accomplies, mais à leur position dans la division sexuelle et morale du travail. En « prenant en charge la vie matérielle de leurs supérieur·es », ces femmes les libèrent pour « la pure activité » (Pinto, 1981 cité dans : Avril et Vacca, 2020, 11). Si ces rôles sont parfois investis positivement par les intéressées – parce qu'ils « réactivent un ensemble de dispositions de genre acquises au cours de la socialisation familiale » ou qu'ils « s'inscrivent dans une division sexuée des rôles que ces femmes ne mettent pas en cause » (*ibid.*, 11) –, ils n'en demeurent pas moins professionnellement dévalorisés.

Une invisibilité paradoxale des secrétaires médicales

Si la typologie de formes de travail invisible proposée par Nardi et Engeström (1999) croise différents aspects du travail des secrétaires médicales, celle proposée par Susan Leigh Star et Anselm Strauss souligne une tension nouvelle qu'il est utile d'expliciter ici.

L'invisibilité du travail, telle que ces dernier·ères la décrivent, peut prendre trois formes : l'invisibilité de certaines tâches effectuées par un corps de métier visible dans l'espace public, celle des travailleur·euses qui sont invisibles mais dont le travail est lui bien visible et enfin l'invisibilité conjointe du travail et des travailleur·euses qui l'effectuent.

Derrière le guichet depuis lequel les secrétaires médicales s'adressent aux patient·es, et plus largement à une diversité de personnes qui entrent et sortent du secrétariat, le travail administratif se manifeste sous des formes plus discrètes, que je décrirai plus longuement dans la deuxième partie de ce manuscrit. Ce travail peut être qualifié d'invisible, contrairement à la présence physique des secrétaires dans l'hôpital. Cette invisibilité prend trois formes :

1) Une invisibilité du travail bien fait, qui n'apparaît que lorsqu'il est « mal fait » ou « pas fait »

Elle renvoie à une propriété classique du travail de support : celui-ci ne devient visible qu'en cas de dysfonctionnement. S'inscrivant dans l'analyse de Susan Leigh Star des infrastructures (1999), cette forme d'invisibilité désigne le travail correctement accompli qui s'efface derrière la fluidité du service rendu. L'efficacité administrative se mesure ainsi à sa capacité à ne pas apparaître, à maintenir la continuité du soin et à faire « tenir » les autres activités sans interruption.

2) Une invisibilité du travail qui n'est pas qualifié comme du travail

Cette invisibilité recouvre les gestes, paroles et attentions situés dans les interstices de l'activité – les « petits riens » et « bavardages » que les secrétaires accomplissent pour apaiser une situation. Ces micro-formes d'intendance relationnelle relèvent d'un travail émotionnel et moral qui n'est pas reconnu comme compétence professionnelle, bien qu'il soit central à la régulation quotidienne du service.

3) Une invisibilité matérielle d'un travail administratif qui ne peut être fait que derrière des écrans, à l'autre bout du téléphone ou dans le calme d'une pièce isolée

Le travail des secrétaires médicales repose sur une multitude d'opérations invisibles : saisies informatiques, envois de courriers, appels téléphoniques, relectures de comptes-rendus, etc. Ces activités s'effectuent souvent « derrière les écrans » ou dans des espaces isolés, hors du champ perceptif des patient·es et des soignant·es. Cette invisibilité est accentuée par la numérisation, qui déplace le travail vers des interfaces techniques et dissocie le geste professionnel de sa trace visible.

Ces trois formes d'invisibilité sont à comprendre dans une construction genrée de la hiérarchie du soin. Le travail administratif, lorsqu'il est exercé par des femmes, tend à être naturalisé : il est perçu comme allant de soi, relevant d'aptitudes « personnelles » plus que d'une compétence technique. Ces formes d'invisibilité traverseront ce manuscrit, notamment dans la description, en partie 2, « d'opérations de traduction de l'information médico-administrative ».

Reste ainsi à poser une question cruciale, que j'emprunte à Nardi et Engeström (1999, 2) : quand devons-nous rendre l'invisible visible ?

Comme le rappelle Anselm Strauss dans un article sur la division du travail, « l'invisibilité relative ou la non-imputabilité des tâches peut affecter la division

officielle ou coutumière du travail » (Strauss, 1985, 12). Le fait qu'une tâche ne soit pas visible modifie la manière dont le travail est officiellement distribué – et souvent, ces ajustements sont dissimulés, improvisés, informels, précisément parce qu'ils ne sont pas censés exister. Cette invisibilité détermine ce qui sera reconnu comme « productif », « créatif », ou « non délocalisable » dans les nouvelles formes d'organisation du travail (Star & Strauss, 1999, 22), et pourra tantôt être synonyme de légitimité tantôt synonyme de surveillance et de réification du travail (Star et Strauss, 1999, 10).

Ainsi, il ne s'agit pas ici de plaider pour une visibilité intégrale et en toutes circonstances de toutes les activités, ni de considérer que toute invisibilité est nécessairement injuste.

> « Une certaine invisibilité renvoie à une gestion stratégique des parties de soi qui sont inappropriées ou indésirables sur le lieu de travail - et cela peut être positif, comme dans le cas d'un contrôle autonome du soi, ou négatif, comme dans le cas de la dissimulation d'aspects honteux » (Star et Strauss, 1999, 23).

En ce qui concerne les secrétaires médicales, plusieurs éléments me permettent d'encourager une mise en visibilité de leur travail : d'abord, durant mes observations, beaucoup d'entre elles ont exprimé une véritable joie de partager les détails de leur activité, ce qui leur est rarement demandé. Beaucoup ont exprimé de la sympathie à l'égard de mon projet de thèse (et donc de publicisation, dans une certaine mesure, de leur travail). Enfin, leur métier est peu structuré par des organisations associatives, syndicales ou militantes (comme le sont de nombreux métiers), ce qui les empêche de produire une vision collective et concertée des enjeux actuels et à venir de leur métier. Le peu d'acteur·ices de cette mise en visibilité semblent appeler à une plus grande visibilité encore, qui passe par une reconnaissance statutaire nécessairement ancrée dans une description fine de l'activité et des compétences requises et acquises.

Ainsi, cette enquête se veut être une modeste contribution aux réflexions en cours sur la visibilisation d'un métier dont la pérennité est aujourd'hui discutée.

Ce chapitre propose une analyse d'un « millefeuille de représentations » des secrétaires (médicales) et de leur travail. En parcourant un ensemble d'images – publicités, films, photographies institutionnelles, publications, mais aussi classeurs et documents – il met en lumière la diversité des supports à travers lesquels ce métier est rendu visible et de quelle manière. Ce millefeuille repose sur des couches de représentations qui se superposent sans se confondre : des représentations culturelles qui produisent des archétypes tenaces de la secrétaire, des représentations institutionnelles qui encouragent la rationalisation du travail administratif, ou encore des représentations produites par les secrétaires elles-mêmes, souvent reléguées à la marge. Le chapitre montre que ces strates visuelles construisent une visibilité paradoxale : plus le travail secrétarial est représenté, moins il est reconnu. Comprendre ce paradoxe suppose d'enquêter sur les régimes visuels qui organisent, dans les espaces de travail et au-delà, ce qui peut être montré du travail administratif et de celles qui l'accomplissent.

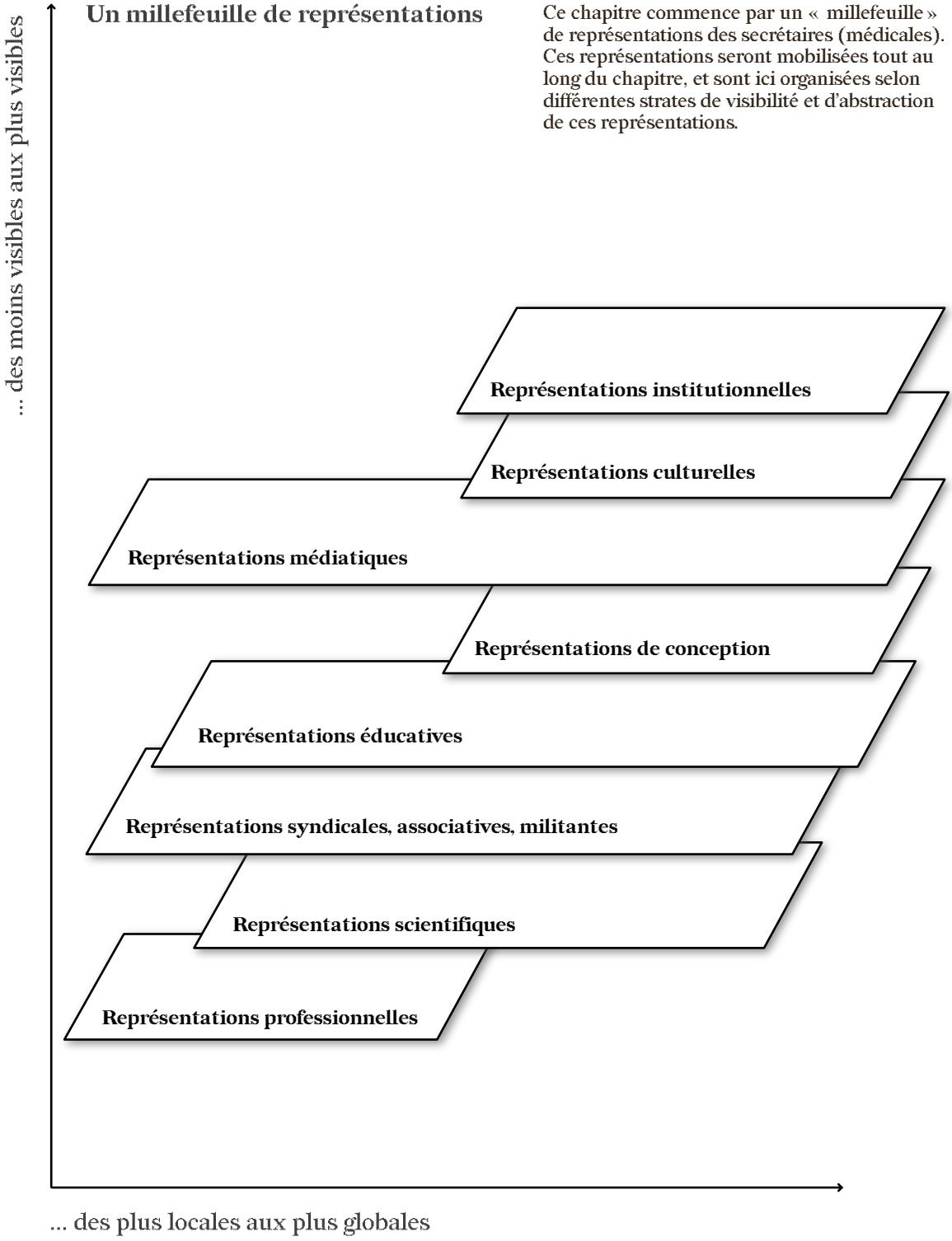
Chapitre 2

50 nuances de visibilité.

Représenter les secrétaires médicales

Un millefeuille de représentations

Ce chapitre commence par un « millefeuille » de représentations des secrétaires (médicales). Ces représentations seront mobilisées tout au long du chapitre, et sont ici organisées selon différentes strates de visibilité et d'abstraction de ces représentations.



Cette page signale le retrait d'une section du manuscrit de thèse contenant des images non conformes au contrat de diffusion d'une thèse de doctorat de l'Université de Strasbourg, en particulier au droit à l'image. Les pages suivantes présentent les références iconographiques associées à ces images.

Représentations institutionnelles

« Découvrez le métier de secrétaire médicale », Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Youtube, 2021.

« Female receptionist working the computer », yana_vinnikova, Adobe Stock.

Image d'illustration de l'article « Comment devenir secrétaire médicale à l'hôpital ? », sur le site Web de la Cgos, consultée le 25 novembre 2025.

« Mon Job. Secrétaire médicale au CHU de Rennes », CHU de Rennes, 2022.

Photographie de Mme M.J. Pawlak et Mme V. Boudsocq, secrétaires Médicales au CRRF Jacques Ficheux, Saint Gobain, sur le site Web de l'établissement, consulté le 25 novembre 2025

« Receptionist talking on phone at countertop in hospital », par New Africa, Adobe Stock.

Photo d'équipe du service de Biologie de la Reproduction et DPI, CHU de Montpellier, publiée sur Facebook le 20 juin 2019.

Photo d'équipe du Centre de référence des maladies vasculaires rares de Saint Eloi, CHU de Montpellier.

Photo d'équipe du Pôle Digestif, Hôpital Saint-Eloi, CHU de Montpellier, publiée sur Facebook le 1er octobre 2018.

Photo utilisée sur une offre d'emploi du Centre Hospitalier Intercommunal Ambroise Château-Renault sur Linkedin, 2025.

« Folder, tablet and receptionist people, doctor or administration consulting on report, database or medicine study. Medical team, collaboration chat or clinic secretary talking about results documents », par Clement Coetzee/peopleimages.com, Adobe Stock.

Image en 3D représentant une secrétaire médicale, dans l'étude prospective sur le métier de secrétaire médicale, publiée par l'Anfh en 2025.

Photo d'une secrétaire médicale utilisée pour illustrer l'article « Quelle retraite pour une secrétaire médicale à l'hôpital ? », sur le site Web de la CGOS, 25 octobre 2018.

Photo d'une secrétaire médicale de l'hôpital Robert Debré, utilisée sur le Site Web de l'AP-HP, Francisco Batista (non datée).

Exposition, « Portraits de soignants #derrierelesmasques » autour des hôpitaux de Montpellier, Cédric Matet.

Photo utilisée sur le compte Facebook du CHU de Montpellier, dans une annonce pour le recrutement de secrétaires médicales, 21 octobre 2019.

Représentations culturelles

Janine Melnitz dans la franchise *Ghostbuster*, *What in Samhain Just Happened?!*, IDW Publishing, 2010.

Isabelle, dans le jeu vidéo *Animal Crossing* (2020)

Secretaire du directeur de Nexus6, dans le jeu vidéo *Jazzpunk* (2014)

Donna Paulsen dans *Suits* (2011-19)

Ruth Lawrence, dans *His Secretary* (1925)

Rose Pamphyle dans *Populaire* (2012)

Lee Holloway dans *The Secretary* (2002)

Jeanne, dans *Camera Café* (2001-04)

Erin Brockovich, 2000.

Marion Hall, dans *His Private Secretary* (1933)

Hildy Johnson dans *His Girl Friday* (1940)

Lucy Moran dans *Twin Peaks* (1990-1)

Joan Holloway et Peggy Olson, dans *Mad Men*, saison 1 épisode 2 (2007)

Money Penny, dans *James Bond. Thunderball* (1965)

Peggy dans *Mannix* (1967-75)

Doralee Rhodes, dans *9to5* (1980)

Dolores Landingham dans *The West Wing* (1999-2006)

Lois Laurel dans *Monkey Business*, (1952)

"The Secretary's day", *The Office*, épisode 22 saison 6 (2010)

Helen 'Whitey' Wilson et Linda Stanhope dans *Wife vs. Secretary* (1936)

Jennifer Marlowe dans *WKRP in Cincinnati* (1978-82)

Représentations médiatiques

Image d'illustration d'un article de la revue *Assistant(e) Plus*, 1er juin 2023, Hitzakia/Midjourney.

Revue *System*, 1913, p. 41.

Image d'illustration d'un article de la revue *Assistant(e) Plus*, 21 juillet 2025, Hitzakia-Midjourney.

« Secretaries », *Saturday Night Live*, 7 avril 2024.

Annonce publicitaire pour Xerox 8010 Star, « Now you can create documents with words and pictures », vers 1981. Archives Xerox.

Trisha Paytas, « ASMR Sweet Receptionist Roleplay (typing sounds, soft spoken, writing, phone calls) », You Tube, 22 juillet 2022.

« Le colloque des secrétaires », *L'assiette anglaise* (archives de l'INA), 11 mars 1989.

Revue *Mon Bureau*, février 1932, p. 70.

George Lois, Campagne publicitaire « Olivetti girl », 1972.

George Lois, Complément à la campagne publicitaire « Olivetti girl », 1972.

Post sur Tiktok de Lul_131, le 12 octobre 2023.

Post sur Tiktok de CAMILLOU, le 26 mai 2025.

Post sur Tiktok de jo.hvll, le 9 décembre 2024.

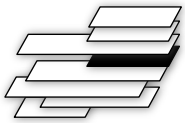
Post sur Tiktok de CAMILLOU, 11 janvier 2025.

Recherche sur Instagram avec le mot clé « secretary », le 17 juin 2025.

Recherche sur Instagram avec le mot clé « officesiren », le 17 juin 2025.

Post sur Tiktok de Julie Sid, le 20 aout 2022.

Recherche sur Instagram avec le mot clé « administrative assistant », le 17 juin 2025.



Représentations de conception

Capture d'écran du site Web de Doctolib, consulté le 20 novembre 2025.

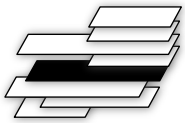
Capture d'écran du site Web de Maincare, consulté le 20 novembre 2025.

Capture d'écran du site Web Dicma, « Dragon Medical One, la reconnaissance vocale au secours des secrétaires médicales », consulté le 20 novembre 2025.

Capture d'écran du site Web de Dedalus, consulté le 20 novembre 2025.

Capture d'écran du site Web de Cegedim Santé, consulté le 20 novembre 2025.

Capture d'écran du site Web de PraxySanté, consulté le 20 novembre 2025.



Représentations éducatives

The secretary's Day, 1947, Coronet instructional films.

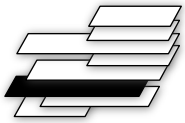
Photographie utilisée sur le site Web de La Croix Rouge, consulté le 25 novembre 2025.

Photographie utilisée sur le site Web de France formation, consulté le 25 novembre 2025.

Duties of A Secretary, 1947, The Underwood Corporation, Prelinger Archive.

Transcribing, 1966, Coronet Instructional Films.

Office Etiquette, 1950, EBF Human Relations Films.



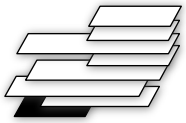
Représentations syndicales, associatives, militantes

Images d'archives de femmes du mouvement 9to5 en grève dans les années 1970, tirées du documentaire *9to5. The Story of a Movement* (2019).

Ellen Cassidy et Karen Nussbaum, cofondatrice du mouvement 9to5, travaillent dans leur bureau du YMCA de Clarendon Street à Boston, le 5 décembre 1974. Photo de Paul Connell/The Boston Globe.

Question au gouvernement n°6010, Karl Olive, 15 juillet 2025.

Karen Nussbaum lors de la première manifestation organisée à l'occasion de la Journée nationale des secrétaires à Boston en 1974. Origine inconnue.



Représentations professionnelles

Photographies de la "bible" d'une secrétaire médicale, CHU de Montpellier, 2023.

J'ai montré dans le chapitre précédent que le travail des secrétaires médicales est à la fois visible et invisible : visible car c'est un métier commun et qui fait l'objet d'un certain nombre de représentation collectives, mais invisible car ces représentations dissimulent en réalité une méconnaissance du métier : l'absence des secrétaires médicales des débats actuels sur la « dématérialisation » du travail médico-administratif (que je développerai dans le chapitre suivant) repose ainsi sur un jeu d'ombres et de lumières dans un « millefeuille » de représentation du travail. Différentes représentations du travail se côtoient, se chevauchent, se superposent, se complètent ou se contredisent. Dans ce chapitre, je voudrais revenir sur les différentes formes de représentations qui permettent d'aborder le travail des secrétaires médicales. Les recherches présentées dans la suite de ce manuscrit se concentrent sur une partie seulement de ces représentations, mais il en existe d'autres, en dehors de l'organisation qu'est l'hôpital, et ce manuscrit de thèse en constitue encore une autre. Il s'agira donc ici de cartographier ces représentations et de s'intéresser plus particulièrement à celles qui ont échappé à mon enquête ethnographique, et qui pourront être approfondies dans le cadre de futures recherches.

Un millefeuille de représentations du travail des secrétaires médicales

Qu'est-ce qu'une représentation ?

Pour Lucy Suchman, les représentations du travail sont primordiales pour comprendre les pratiques de collaboration dans toutes sortes d'organisations. Elles sont « dans une large mesure [...] l'étoffe dont sont faites les organisations » (Suchman, 1995, 61), et les multiples formes qu'elles prennent font partie du « tissu de significations à l'intérieur et à partir duquel toutes les pratiques de travail [...] sont faites » (Suchman, 1995, 58). Selon elle, « la représentation est la création d'une image censée remplacer ou parler au nom d'un autre » (Suchman, 1995, 60). Elle a vocation à être déplacée depuis les espaces de travail vers des « sites distants » (de gestion, de conception). Une représentation peut ainsi être manipulée au cours du processus qui consiste à « détacher la connaissance de son contexte local sans en perdre l'essence » tout en permettant « la comparabilité entre les sites et les époques, et la manipulation à des niveaux d'abstraction plus élevés » (Berg, 1997, 405).

Ces représentations se sont multipliées dans les organisations sous la forme de « traces » (Latour, 1987) tout au long du XXe siècle, au cours d'un processus d'élargissement des infrastructures informationnelles (Yates, 1993). Cette complexité nouvelle rompt les liens de confiance qui existaient auparavant entre les

individus. Comme le souligne Bruno Latour, « dès que nous ne sommes plus familiers avec ceux à qui nous parlons, le recours aux inscriptions de toutes sortes permet de résoudre les contradictions » (Latour, 1987, 95). Dans une entreprise, ces inscriptions permettent de démontrer l'efficacité d'un processus, la productivité d'une équipe ou d'un service, les évolutions d'une entreprise, l'achèvement de tâches spécifiques, etc. Ce travail d'abstraction est également nommé « formalisme » par Susan Leigh Star, c'est-à-dire « l'accélération des déplacements sans transformations » des représentations (Star, 1995). Cette dernière souligne la complexité des procédures qui amènent différent·es acteur·ices à opérer des arbitrages concernant la (re)production permanente de ces représentations : lesquelles faut-il garder, lesquelles faut-il jeter ? Elle décrit ainsi les « couches de re-représentation » (*layered re-representations* ; Star, 1995, 93) qui naissent, au sein des organisations, d'une « tension entre les représentations, qui sont statiques et abstraites, et le travail, qui est en temps réel et concret » (Star, 1995, 92). Ces re-représentations documentent « l'histoire des compromis » (Star, 1995, 92) dans l'effort de formalisation du travail propre à chaque organisation. Ainsi, plus les organisations sont complexes et plus les « couches » de ce millefeuille se multiplient, créant une « tension constante qui consiste à garder visible ce qui ne cesse de se dérober derrière des couches (bureaucratiques ou représentationnelles) d'autres choses » (Star, 1995, 93). Ces couches sont composées d'éléments hétérogènes – un planning, les archives d'une messagerie, un rapport d'activité, une liste de choses à faire, une photo d'équipe, etc. – dont l'articulation crée des frottements « précisément parce qu'il ne s'agit pas de représentations dociles, optiquement cohérentes et plates, ni de systèmes purement formels » (Star, 1995, 98).

Ces réflexions issues du champ des *Sciences and Technology Studie*s (STS) rencontrent celles développées dans le champ des cultures visuelles, notamment par William J. T. Mitchell qui s'est interrogé sur « ce que les images veulent », soulignant ainsi leur agentivité dans des contextes donnés (Mitchell, 2014 [2005]). Pour lui, les images ne sont pas de simples reflets ou miroirs du réel, mais des artefacts qui « veulent » quelque chose : elles agissent, elles produisent des effets, elles s'inscrivent dans des rapports de pouvoir. Ces représentations circulent au travers d'une variété de médiums dont le choix est primordial : L'historien de l'art John Tagg a ainsi montré que la photographie, en particulier dans ses usages administratifs ou institutionnels, n'est jamais « une trace neutre » mais toujours un « instrument d'autorité » (Tagg, 2021 [1988], 63).

Pour comprendre « ce que les images veulent », la géographe Gillian Rose propose une boîte à outils pour analyser les images en tenant compte de leurs conditions de production, des dispositifs qui les portent et des regards qui les interprètent (Rose, 2021). Pour elle, les images sont toujours situées : elles sont fa-

çonnées par des rapports de pouvoir et doivent être lues comme des productions sociales traversées par le genre, la classe ou la race. Reprenant les épistémologies féministes des savoirs situés, Rose insiste sur le fait que toute analyse visuelle est elle-même un regard partiel, inscrit dans un contexte spécifique. Appliquée aux secrétaires médicales, cette approche permet de comprendre le millefeuille de représentations qui les concerne. Elles sont invisibilisées dans les représentations officielles de l'hôpital, hyper-visibilisées dans des registres stéréotypés que je décrirai dans ce chapitre, et productrices elles-mêmes de représentations plus discrètes. L'analyse visuelle invite alors à interroger ensemble ces images : qui les produit, selon quelles normes, dans quels dispositifs, et pour quels publics ? La perspective de Rose éclaire également la place du chercheur, qui ajoute ses propres représentations à ce millefeuille – textes ethnographiques, diagrammes, photographies. Ces représentations sont des productions subjectives qui construisent la visibilité et l'invisibilité, qui déplacent et transforment, qui fixent et qui effacent. C'est dans ce millefeuille que se joue la possibilité de rendre visibles ou invisibles les secrétaires médicales et leur travail.

J'aimerais maintenant parcourir trois types de représentations des secrétaires médicales et/ou de leur travail produites dans l'enceinte de l'hôpital : les portraits et les photos d'équipe de travail ; la « bible » des secrétaires médicales rangées dans leurs armoires ; et le présent manuscrit de thèse.

Les portraits dans les couloirs et les photos d'équipe : des représentations des secrétaires ou de leur travail ?

Dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), la place des secrétaires médicales est minime. Ces dernières sont loin de représenter les emplois les plus pourvus dans ce type d'organisation (seulement 4% des emplois, ce qui est bien peu face aux 22% d'infirmier·ères par exemple[1]). Qui plus est, elles n'occupent pas des rôles stratégiques ou décisionnaires. Les représentations de leur travail sont donc plus difficiles à trouver, voire introuvables si l'on ne s'y intéresse pas de près. Pourtant, les hôpitaux sont remplis de représentations du travail. En 2021 par exemple, une campagne photographique nationale a été mise en place pour rendre hommage aux travailleur·euses de « première ligne » qu'ont été les professionnel·les de santé durant la pandémie de Covid-19. Lorsque je demande aux secrétaires rencontrées durant mon enquête si certains des grands portraits qui rythment les longs couloirs de l'hôpital représentent des secrétaires, elles me disent qu'elles n'en sont pas sûres mais qu'elles ne croient pas que des secrétaires aient participé. Pourtant, il était totalement possible pour n'importe quel

[1] Anfh, « Cartographie des métiers », 2023. URL : https://www.anfh.fr/thematiques/metiers-et-competences/cartographie-des-metiers

employé de l'hôpital de se faire tirer le portrait : « Moi c'est pas mon truc, les photos », m'intime l'une d'entre elles. Je n'ai pas interrogé toutes les secrétaires médicales de l'établissement à propos de ces portraits, mais il semblerait que cet exercice ait plutôt réunis des professionnel·les soignant·es, interrogeant ainsi la notion de « première ligne » tant mobilisée durant cette période : les secrétaires médicales, comme beaucoup d'autres personnels non soignants, auraient-ils et elles moins leur place sur ces portraits ? Si ces derniers ne mentionnent pas le métier de chaque personne photographiée, le résultat reste significatif pour les membres du personnel de l'établissement, qui croisent quotidiennement leurs collègues affiché·es aux murs.

Il est également intéressant d'observer les photos d'équipes dans différents services hospitaliers et de voir comment les secrétaires y sont intégrées : portent-elles une blouse ? Sont-elles au milieu de la photo ou bien au bord ? Sont-elles même présentes ? Autant de signes qui témoignent de la place qu'occupent les secrétaires dans ces services. Ces représentations sont souvent relativement visibles et pensées pour être rendues publiques, dans une certaine mesure (de la campagne d'affichage dans l'espace public à la production d'un rapport officiel). Elles mettent en scène les personnes qui exercent différents métiers, notamment les secrétaires médicales, mais elles disent peu sur le travail en lui-même et sur les pratiques qu'il met en scène. On retrouve ce type de représentations dans des espaces plus discrets, mais pas pour autant cachés. Il semble simplement qu'elles intéressent moins, car ce sont des documents usuels et jugés ennuyeux. Ces représentations ont la particularité de représenter le travail lui-même, et non pas la personne qui incarne un rôle donné.

Le classeur dans l'armoire : des représentations du travail médico-administratif par les secrétaires médicales

C'est un objet en particulier qui a attiré mon attention durant mon enquête dans les secrétariats médicaux. En creusant dans les différents classeurs conservés dans les armoires et les tiroirs des secrétaires, j'ai trouvé un objet récurrent : un classeur ou un porte-vues qui m'a souvent été présenté comme une « bible » que chaque secrétaire constitue en glanant des documents dès son arrivée dans un service hospitalier.

Ces classeurs sont intéressants à la fois pour les documents qu'ils contiennent et qui peuvent par exemple décrire directement le travail sous la forme de procédures , mais ils le sont aussi pour une autre raison : le travail d'assemblage de ces classeurs, personnalisé, donne à voir comment chaque secrétaire se représente elle-même son travail, comment elle se l'approprie. Certaines y incluent des tu-

toriels techniques, tandis que d'autres jugent indispensables d'y glisser les plans du bâtiment ou des annuaires téléphoniques.

Les secrétaires les plus aguerries facilitent ce travail de compilation en produisant, au fil du temps, des fiches, des guides, des tutoriels qui permettent aux nouvelles arrivantes de s'approprier plus rapidement et facilement les spécificités du métier dans un service hospitalier en particulier. Par exemple, sur le bureau de Valérie*, une secrétaire du service de gérontologie, il y a trois classeurs de documentation qui sont composés d'informations similaires mais disposées de manières sensiblement différentes : elle utilise le premier pour son usage personnel. Il est rempli d'informations pratiques sur le services (listes de contacts, plannings, procédures, tutoriels d'utilisation des logiciels). Les deux autres classeurs sont à l'usage de deux types de nouvelles recrues : les stagiaires, qui débutent dans le métier et les secrétaires qui changent de service et qui connaissent déjà l'établissement et le métier. Le premier classeur est augmenté de documents de base sur le poste d'AMA (le secret professionnel, les missions d'une AMA) ; le second est plus fin car il ne contient que des informations sur les spécificités du service. Dans ces classeurs, on retrouve beaucoup de procédures, qui ont été rédigées par Valérie* à la demande de sa supérieure hiérarchique. Il s'agit de donner un cadre commun pour toutes les secrétaires sur le fonctionnement du service et des spécificités de chaque médecin (prise de rendez-vous, gestion des correspondances, scan de documents).

Si ces classeurs m'ont été d'une grande aide tout au long de la rédaction de ce manuscrit de thèse pour décrire le travail des secrétaires médicales, c'est précisément parce qu'ils décrivent des pratiques de manière extrêmement précises à partir de l'expérience de terrain des secrétaires médicales.

Le manuscrit de thèse : des représentations d'une chercheuse

Avec ce manuscrit de thèse, les images qu'il contient et les différentes formes de médiatisation dont il pourra faire l'objet (publications scientifiques, communications, livrables, résumés, expositions, etc.), je m'emploie à produire de nouvelles représentations du travail des secrétaires médicales. La qualification de ces images, si elle tend à traduire le travail réel de ces dernières, ne peut se passer de certaines formes d'abstraction – l'utilisation de cartes, de diagrammes, de classifications. Plus généralement, c'est la pratique même de l'enquête ethnographique qui oblige à produire des représentations qui ne sont jamais ni tout à fait le réel, ni tout à fait leur abstraction la plus totale, comme le note Aline Caillet :

> « La description ethnographique est toujours plus riche et foisonnante que sa mise en écriture, laquelle réduit inévitablement l'expérience de terrain et

> abandonne son lot de détails jugés a postériori inutiles. On sait, en effet, combien la distorsion est grande entre les notes consignées dans les journaux de terrain et la représentation formalisée de l'enquête. Cette sélection est certes inhérente à l'opération même de représentation, qui n'est pas une reproduction à l'identique de la chose (Caillet, 2019, 91).

Ces représentations oscillent donc entre ce que Vivien Philizot nomme des « images premières » et des « images dernières » (Philizot, 2023). Entre des images « complètement vides » ou « complètement pleines » – « La dernière image dernière serait le monde lui-même » (*ibid.*, 263) –, il faudra envisager qu'une image « ne dit jamais tout de son objet pour en être une image » (*ibid.*, 265) et que celles qui seront produites ici pourront se noyer parmi les innombrables représentations déjà existantes. Les livrables que j'ai produit à l'attention des secrétaires (un rapport, un fanzine, des affiches) seront probablement glissés entre deux classeurs épais, et on les oubliera probablement, ils se fondront dans le décor, et seront peut-être re-découvert un jour, comme j'ai pu découvrir dans ce bureau d'anciennes notes de cours de secrétaires passés par là ou bien des manuels divers et variés. Mes images n'auront rien de plus et rien de moins que les images sur lesquelles je me suis appuyée pour en produire de nouvelles – des images qui sont « tout juste des images » (Philizot, 2023, 13) –, mais elles circuleront dans d'autres espaces que le secrétariat et l'hôpital. Les images que je produis ici dans un contexte scientifique ne sont ainsi qu'une énième couche d'un mille-feuille de représentations des secrétaires médicales, qui s'insèrent elles mêmes dans d'autres mille-feuilles de représentation du travail : celle du travail administratif, du travail des données, du travail à l'hôpital, du travail des femmes. Les représentations que je propose, qui passent par des assemblages de textes et d'images, n'ont ainsi pas l'ambition d'embrasser l'ensemble des représentations qui composent ce mille-feuille et d'en faire des « images premières » parfaites, mais probablement plus de retranscrire mon propre point de vue sur un autre point de vue – celui des secrétaires médicales.

En suivant différentes formes de représentations – portraits publics, photographies d'équipe, classeurs de procédures, manuscrit de recherche –, on voit désormais se dessiner une cartographie des représentations des secrétaires médicales et de leur travail : certaines sont produites par l'institution et destinées à la publicisation, d'autres sont élaborées par les secrétaires elles-mêmes et confinées dans l'espace du bureau, d'autres encore prennent des formes savantes. Mais ces représentations, principalement produites « de l'intérieur » de l'hôpital, ne suffisent pas à elles seules à comprendre les enjeux de représentation des secrétaires médicales. Certaines représentations se déploient aussi largement au-delà de l'hôpital : les médias, le cinéma, la publicité, les outils pédagogiques et militants nourrissent un imaginaire collectif de la perception du métier. Ces repré-

sentations « externes » ne sont pas indépendantes de celles produites dans l'organisation : elles s'y articulent, s'y opposent, parfois les recouvrent. C'est à cette circulation plus large des images – au-delà de l'hôpital – que la suite du chapitre sera consacrée.

Au-delà de l'hôpital : qui représente les secrétaires (médicales) et comment ?

La fête des secrétaires, une invention des patrons ?

En 1991, la France importe une « fête » apparue en 1952 aux États-Unis : la fête des secrétaires. L'Association internationale des professionnel·les de l'administration (alors connue sous le nom d'Association nationale des secrétaires) lance la première fête des secrétaires (Secretaries Day), pour répondre à un problème d'attractivité du métier. Les années 1950 connaissent aux États-Unis une « pénurie de secrétaires » (*secretaries shortage*) : parmi les 21 millions de femmes travaillant aux États-Unis en 1957, seulement 2 millions occupent des postes de secrétaires, ce qui laisse plus de 250 000 postes de secrétaires vacants[2]. Un avocat de Chicago confie au *Time*, en 1957, qu'il ne dit jamais de bien de sa secrétaire en dehors du bureau, de peur que celle-ci soit immédiatement débauchée par une entreprise concurrente[3]. Cette pénurie est liée au nombre réduit de jeunes femmes en âge de travailler à cause du faible taux de natalité de la Grande Dépression dans les années 1930, mais aussi au déclin du prestige du métier de secrétaire – les femmes peuvent alors prétendre à d'autres métiers, plus rémunérateurs. La fête des secrétaires devient donc une campagne de promotion de ce métier.

Dans un épisode de la série télévisée The Office, intitulé « The Secretary's Day » (saison 6, épisode 22), cette « cérémonie » est présentée de manière caricaturale : l'unique secrétaire de l'entreprise voit son bureau affublé d'une pancarte rose à fleurs et reçoit de la part de ses collègues de nombreux petits cadeaux généralement offerts à des femmes (peluches, chocolats, fleurs, etc.). Après s'être laborieusement vue offrir un déjeuner au restaurant par son patron, la secrétaire termine sa journée avec un goûter entre collègues autour d'un gâteau imprimé de son visage. Cet empilement de rituels caricaturaux (bien qu'on puisse imaginer qu'ils soient tout ou partie reproduits dans de nombreuses entreprises) démontre de la superficialité de cet événement qui, au-delà de

[2] « The Secretary Shortage », *Time*, 8 avril 1957, n°14 : 82. URL : https://time.com/vault/issue/1957-04-08/page/82/

[3] *Ibid.*

quelques remerciements, n'est visiblement pas l'occasion de parler du travail des secrétaires. Cette tradition semble s'inscrire dans le sillage de la fête des mères, instituée elle aussi au cours du XXe siècle[4] : les cadeaux, semblables, semblent gratifier des qualités identiques entre les mères et les secrétaires (la dévotion, l'empathie, la discrétion).

La fête des secrétaires incarne ainsi la construction d'une représentation savamment étudiée par les entreprises : elle rejoue sans cesse l'assignation des secrétaires à un rôle auquel elles pensaient échapper en passant la porte d'une entreprise – la mère et l'épouse. En empruntant les codes d'une féminité domestiquée, qui a été habituée à se contenter de fleurs et de chocolats comme récompense d'un travail dévalorisé (le travail domestique), la fête des secrétaires perpétue des représentations erronées des secrétaires (médicales) et du travail dont elles ont la charge. Si le sujet ne passionne malheureusement pas les foules, quelques articles de presse militent pour la suppression de cette fête, comme Alison Green dans l'article « It's Time to End Secretaries Day[5] ». La fête des secrétaires incarne une stratégie bien connue des entreprises : en concentrant l'attention sur une courte période au travers d'attentions symboliques, le problème de la valorisation durable du travail est habilement dissimulé. Si cette fête est aujourd'hui nommée la Fêtes des Professions Administratives (Administrative Professionals Day) pour tenter d'effacer les stigmates sexistes associés au titre de secrétaire, elle participe de la (re)production de représentations d'un travail qui échappe aux secrétaires elles-mêmes.

L'émergence d'un « Corporate Eye »

Les représentations du travail reposent sur des langages visuels codifiés et conduisent à développer ce que l'historienne Elspeth Brown nomme le « Corporate Eye » (Brown, 2005) : une objectification des processus, des gestes et des interactions du travail mobilisés à des fins promotionnelles ou organisationnelles. Le Corporate Eye s'appuie sur un développement conjoint, au XIXe siècle, de la photographie, de la sociologie et de l'entreprise moderne. Ces images, produites pour la publicité, la formation, la gestion scientifique ou la documentation, constituent un fond inédit de représentations du travail (Strangleman, 2008). Pionnière dans ces pratiques, la Ford Motor Company inaugure dès 1914 un département cinématographique chargé de produire des images fixes et

[4] Omari, Nejma, « L'invention de la fête des mères : origines, histoire médiatique et idées cadeaux », *Gallica*, 5 juin 2020. URL : https://gallica.bnf.fr/accueil/fr/html/linvention-de-la-fete-des-meres-origines-histoire-mediatique-et-idees-cadeaux

[5] Alison Green, « It's Time to End Secretaries Day », *US News*, 20 avril 2015. URL : https://money.usnews.com/money/blogs/outside-voices-careers/2015/04/20/its-time-to-end-secretaries-day

animées, illustrant autant la manipulation des matières premières, les chaînes de montage, que les fonctions d'ingénierie spécialisées ou les bureaux eux-mêmes (*ibid.*, 1494). Dès l'origine du management scientifique, la photographie sert à standardiser les mouvements du travail, à l'image des nombreuses études visuelles menées par les ingénieur·es et psychologues Frank et Lillian Gilbreth. Cette forme de réalisme fonctionnel (Brown, 2005, 71) canalise l'usage des représentations vers la rationalisation nécessaire des activités, générant ce que Cliff Oswick et David Grant (1995, 148) nomment une vision déficiente de l'organisation, qui opère un tri sélectif des images jugées utiles. Les représentations extérieures qui nuisent à l'image d'une entreprise révèlent ainsi des formes de cécité, de vision floue ou en tunnel (*ibid.*,), qui occultent l'invisible, l'imperceptible et le négligé au sein de la vie organisationnelle.

Depuis le début du XXe siècle, les organisations sont soumises à des politiques de visibilité (*ibid.*,), produisant une abondance de documents et d'images manipulés dans un double but de promotion et de rationalisation des activités. Cette objectivation visuelle du travail s'inscrit dans un contexte plus large de rationalisation qui affecte tant le travail ouvrier que le travail de bureau. Le corporate eye reflète cette continuité historique dans la manière de représenter et de contrôler les activités professionnelles. L'historienne Delphine Gardey souligne les effets de cette standardisation dans le travail dactylographique :

> « La séparation du travail de dactylographie de celui de la prise de note, la centralisation du travail à la machine à écrire et la focalisation du regard des tayloriens sur les conditions de production des écritures dactylographiées sont des symptômes importants. Ces évolutions témoignent de la dérive productiviste de cette période, de l'influence du modèle américain, de l'assimilation quasi totale faite (en théorie, et parfois en pratique) entre le travail ouvrier et le travail de bureau. Les interprétations tayloriennes du travail des sténodactylographes coïncident assez efficacement avec les opinions alors répandues sur la dextérité des femmes et leurs performances dans la répétition » (Gardey, 2008, np)

Cette logique, importée d'outre-Atlantique, est reprise en France dans les années 1920, avec la création de pools de dactylos où le travail est standardisé, surveillé et soumis à des critères de qualité et de rapidité : les dactylo travaillant littéralement « au kilomètre » (*ibid.*).

La notion de corporate eye permet d'éclairer une sélection de représentations des secrétaires qui, tout au long du XXe siècle, ont forgé une perception particulière de ce métier – féminin et peu qualifié. Je présente dans les sections suivantes une partie de ces représentations (les revues professionnelles et magazines féminins, les films éducatifs et les publicités pour des machines de bureau-

tique) afin de circonscrire les contours récurrents de ces représentations, construites en premier lieu par les entreprises.

Les revues professionnelles et les magazines féminins

Cette standardisation du travail administratif a été largement promue au travers d'un grand nombre de représentations produites notamment par des entreprises produisant divers outils et machines, et mise en scène dans des revues professionnelles dès le début du XXe siècle, comme la revue *Mon bureau* (1909-1932) et la *Revue dactylographique et mécanique* (1920-1939) en France, ou la revue *System* (1900-1927) aux États-Unis. Ces revues, créées pour moderniser le travail de bureau, sont « le lieu principal en France de définition de cette modernité » (Gardey, 2008, np). On y trouve ainsi exposées les nouvelles machines à écrire, le mobilier permettant aux employé·es de se déplacer le moins possible dans les bureaux, les nouveaux modes de production automatique de la correspondance ou encore les débats sur le gain de productivité lié au regroupement des dactylographes en « pools ».

Ces revues peuvent être mises en relation avec des périodiques plus récents, dédiés au personnel administratif et notamment les secrétaires. Ces revues ont pour point commun de promouvoir la consommation d'objets spécialisés pour le travail de bureau : alors que *Mon bureau* et *System* s'adressent aux chefs d'entreprise, des revues comme *Assistantes et Secrétaires Magazine* s'adressent à un public féminin de secrétaires, mais pas n'importe lequel : « la secrétaire est une assistante de direction dans une grande entreprise qui dispose de moyens et a une grande marge de liberté dans son activité » (Liarouztos *et al.*, 1998). Par ailleurs, cette secrétaire-type s'apparente à une cliente-type, à laquelle la revue propose un « mélange confus entre information et publicité », laissant transparaître « une réalité moins avouable qui serait de les instrumentaliser en tant que prescriptrices sensibles à la nouveauté des produits mis sur le marché » (*ibid.*, 91).

Des films éducatifs paternalistes

Dans la large panoplie des outils de communication déployés par les entreprises, on retrouve les films éducatifs, notamment ceux consacrés au métier de secrétaire produits aux États-Unis entre les années 1940 et 1960. Ces derniers relèvent d'un dispositif pédagogique caractéristique de cette période, mêlant visée normative, démonstration technique et encadrement moral. La majorité de ces films adopte une structure didactique, avec une voix off – le plus souvent mas-

culine – qui guide les spectateur·ices dans l'observation des gestes, postures et attitudes attendues des secrétaires. Cette narration omnisciente impose un regard surplombant sur le travail, dans lequel la secrétaire apparaît comme une figure muette, exemplaire ou en formation, dont l'action est constamment commentée, corrigée ou valorisée par un narrateur masculin : on retrouve ce schéma dans les productions *The Secretary's Day* (1947), *Secretary at Work* (1960s) et *Transcribing* (1966). Ce dispositif renforce une division genrée du savoir et de la parole, où l'expertise appartient à l'homme (enseignant, patron, formateur), tandis que la femme est un sujet apprennant.

Cependant, certains films rompent partiellement avec ce schéma en introduisant des formes de narration alternatives. Les films *Office Etiquette* (1950) ou *The Secretary: Transcribing* (1955) adoptent le point de vue de la secrétaire elle-même, exprimé par une voix féminine qui décrit ses pensées, ses préoccupations, et les exigences de son poste. Ces récits subjectifs, bien que toujours très encadrés par les codes éducatifs, donnent accès à une forme d'intériorité du travail féminin, et permettent de représenter autrement les compétences requises par le métier. De manière plus originale encore, *Duties of a Secretary* (1947) mobilise la fiction à des fins pédagogiques : une jeune secrétaire imagine une première journée catastrophique avant de « se réveiller » et de réussir parfaitement ses tâches, mobilisant ainsi l'angoisse de la novice comme ressort d'apprentissage.

Enfin, ces films s'attachent fréquemment à représenter le moment charnière de la transition entre l'école et le monde du travail, soulignant les ajustements comportementaux et moraux que cette insertion professionnelle exige. Le métier de secrétaire y est présenté comme un horizon désirable mais exigeant, nécessitant discipline, rigueur et modestie. L'ensemble de ce corpus audiovisuel contribue ainsi à façonner une image normative de la secrétaire comme figure de dévouement, d'efficacité et de discrétion, tout en encadrant étroitement les modalités de son accès à la parole et à l'autonomie professionnelle.

Les voix souriantes et les femmes-interfaces : la publicité comme représentation du travail des femmes

Tout au long du XXe siècle, les représentations du travail administratif continuent d'entretenir la promesse d'une mécanisation inexorable du travail administratif. Le corporate eye s'exprime par des représentations au service d'un productivisme administratif : les femmes qui occupent majoritairement les emplois de sténodactylographes ou de secrétaires sont alors mises en scène dans une relation triangulaire entre elles, « le patron » et les machines, dont elles sortent le plus souvent perdantes. La graphiste Ellen Lupton compile dans un catalogue in-

titulé « Mechanical Brides : Womens and Machines from Home to Office » (Lupton, 1993) une collection d'images publicitaires produites tout au long du XXe siècle. Elle s'intéresse, entre autres, à la mise en scène de deux objets emblématiques du travail des secrétaires : le téléphone et la machine à écrire. Les représentations qu'Ellen Lupton compile donnent à voir la reproduction de normes de genre continues entre l'espace domestique et le bureau.

Dans les années 1930, le slogan de la compagnie de téléphonie AT&T, « the voice with a smile », synthétise l'assignation des femmes à la technique (et aux hommes qui la conçoivent) : une esthétique vocale qui allie l'efficacité technique et la politesse. Cette représentation sonore de l'espace de travail va de pair avec une exigence croissante de rapidité et de précision, au fur et à mesure de l'automatisation des standards : « L'opérateur doit désormais être... un modèle de perfection, une sorte de machine humaine, l'incarnation de la rapidité et de la courtoisie, une créature suffisamment vive pour se déplacer à la vitesse de l'éclair et avec une précision parfaite, suffisamment docile pour se priver du doux privilège d'avoir le dernier mot » (Schmidt, 1930, cité dans : Lupton, 1993, 30). L'esthétique du service s'incarne dans une voix, mais aussi dans une posture : celle d'une opératrice parfaite, efficace et effacée.

La dactylographe, quant à elle, occupe une position liminale entre la machine et l'idée. Elle est représentée « entre les deux moments de l'action masculine : la naissance de l'idée dans l'esprit du dirigeant et l'autorisation finale de sa signature » (*ibid.*, 43). Elle incarne le médium technique de la pensée masculine. Son corps, et en particulier ses mains, deviennent les extensions du dispositif : « Le corps féminin est généralement représenté comme une interface entre les machines à écrire et les télécopieurs. Alors que les hommes semblent être des producteurs et des utilisateurs actifs d'informations, les femmes constituent un lien entre eux ; elles sont le prolongement humain de la machine » (*ibid.*, 49). Cette imbrication du corps féminin et de la machine s'appuie sur une longue tradition de design publicitaire, où les machines à écrire étaient photographiées avec des femmes jeunes, souriantes et apprêtées. L'historienne du design graphique Clémence Imbert rappelle que ces campagnes ont « prolongé la tradition du marketing des machines à écrire » dans la promotion des premiers ordinateurs personnels, destinés d'abord au travail de bureau, donc féminisés par leur usage et leur imagerie (Imbert, 2023).

En 1972, c'est une campagne publicitaire particulièrement commentée de la marque Olivetti qui incarne cette promesse technique. Celle-ci vante les mérites d'une nouvelle « machine à écrire intelligente » (*brainy typewriter*) et présente un nouvel archétype commercial : la « Olivetti girl », décrite comme une secrétaire « courageuse », « qui n'a pas peur d'être différente », et de « de rompre avec les traditions du bureau ». Pourtant, la Olivetti girl est montrée sur les

images de la campagne publicitaire dans des postures qui évoquent un tout autre message : soit entourée d'hommes qui la surplombent soit au garde-à-vous. De plus, les éléments de langage publicitaires de la nouvelle machine à écrire déplorent plus ou moins subtilement le manque d'intelligence et d'habileté de ces secrétaires :

> « [La machine] peut penser par elle-même. Elle est dotée d'un cerveau interne qui rend absolument impossibles les quatre erreurs de frappe les plus courantes. Finis les majuscules volantes ! Finis les espacements incorrects ! Finis les ombres et les traces ! Finis les caractères serrés ou empilés ! En d'autres termes, Olivetti élimine les "oups" de votre frappe[6] »

Le créateur de cette campagne, George Lois, raconte comment celle-ci a été conçue :

> « Les ventes de la magnifique gamme de machines à écrire électriques d'Olivetti stagnaient, tandis que le puissant IBM avait le marché sous sa coupe. IBM était si dominante que les acheteurs des grandes entreprises n'envisageaient même pas d'acheter une autre marque. Nous devions briser la barrière IBM. Pour élaborer notre stratégie, Jim Callaway a interrogé de nombreux acheteurs clés et a découvert que, même s'ils considéraient Olivetti comme une machine à écrire de premier ordre, ils avaient les mains liées. Les secrétaires [...] estimaient qu'IBM leur conférait un certain statut. Nous avons donc imaginé l'Olivetti Girl, qui surpasserait tout le monde en termes de statut. Nous avons dit aux secrétaires qu'Olivetti était la machine à écrire qu'il fallait utiliser. Et nous avons fait passer un message qui était vu par leur patron, leurs amies et tous ces acheteurs réticents. Nous avons produit six publicités et neuf spots télévisés qui montraient l'Olivetti Girl comme la star de son bureau, la secrétaire qui tapait plus vite, plus proprement, plus précisément, la fille qui avait le plus de chances de réussir. [...] En quelques semaines, la notoriété de la marque Olivetti a bondi et les ventes de machines à écrire Olivetti ont explosé[7] »

Le communiquant raconte également comment, sous le feu de certains groupes féministes, il a proposé une seconde version de cette campagne, qui n'a pas beaucoup convaincu non plus : cette appendice de campagne présente cette fois-ci un homme derrière la machine à écrire, recevant les ordres de sa « patronne », qui finit par lui proposer un rendez-vous galant – un reflet parfait de ce qu'un·e patron·ne, homme ou femme, fai toujours, selon George Lois.

---

[6] George Lois, Campagne publicitaire « Olivetti Girl », 1972. URL : https://www.georgelois.com/olivetti.html

[7] *Ibid.*

Quelques années plus tard, la machine à écrire est progressivement remplacée par les premiers ordinateurs, ce qui donne lieu à une reconfiguration des représentations de la relation triangulaire secrétaire-patron-machine. Clémence Imbert s'est intéressée aux brochures publicitaires pour des ordinateurs dans la seconde moitié du XXe siècle, dont elle observe la construction genrée. Elle observe que les mutations technologiques des années 1980-1990, avec l'arrivée de l'informatique personnelle, ont amené à une masculinisation progressive de l'usage de la machine et de ses représentations. Ainsi, la souris, nouvel instrument d'interaction, est progressivement associée à des mains masculines conduisant la machine comme une voiture (Imbert, 2023). Mais cette tentative de déféminisation masque une continuité forte : dans les bureaux, les premières opératrices de ces ordinateurs sont encore des femmes. Et elles restent reléguées dans les brochures derrière les machines, séparées par des vitres, regardées par des hommes (*ibid.*)

Ainsi, le corporate eye a traversé le XXe siècle et s'est reproduit au travers d'un grand nombre d'images et de médiums (revues, publicités, catalogues, etc.). Il cristallise non seulement la volonté de rationaliser le travail dans une perspective productiviste, mais il s'inscrit également dans l'histoire d'une distinction entre travail manuel et travail de bureau, entre travail des hommes et travail des femmes que les représentations visuelles contribuent à rendre visibles – et à normaliser.

Au-delà du corporate eye : la vie des secrétaires médicales sur les réseaux sociaux

Aujourd'hui, le corporate eye se fond dans des médias contemporains, notamment sur Internet et en particulier sur les réseaux sociaux. Ces derniers ne produisent pas des images radicalement nouvelles : elles prolongent des formes déjà identifiées et rejouent des archétypes solidement installés, en s'appuyant notamment sur des images que l'on trouve par millions sur des banques d'images en ligne. En 2022, les artistes Gwenola Wagon et Stéphane Degoutin ont rassemblé une impressionnante collection d'images issues de ces bibliothèques en ligne pour en souligner l'effet d'accumulation d'archétypes visuels, incarnés par des humains « standards », qui semblent n'avoir « plus besoin du réel pour nous représenter » (Wagon et Goutin, 2022). Ainsi, la recherche d'une photo d'employé·e de *call center* génère des milliers de portraits de femmes souriantes, sur fond neutre, où toutes arborent le même accessoire : un casque muni d'un micro. Cet accessoire prend la suite des différentes formes de combinés de téléphone, mais les images restent marquées par une féminisation forte des représentations de ces métiers. De la même manière, l'archétype visuel de la secré-

taire médicale, identifiable à sa blouse blanche, son téléphone et son ordinateur fixe, est très uniforme sur ces banques d'images.

Néanmoins, il est intéressant d'observer que les réseaux sociaux ouvrent aussi des espaces inédits où ces représentations circulent, se confrontent et parfois se renversent. On y retrouve à la fois des contenus institutionnels proches de la communication d'entreprise, des productions individuelles plus « naturalistes » qui documentent le quotidien, des formats humoristiques et parodiques qui retournent les stéréotypes, et des registres explicitement érotiques qui réactivent des imaginaires anciens dans une économie numérique de la visibilité. En cela, ils constituent une nouvelle strate du millefeuille de représentations décrit plus haut : un niveau où se rejouent des images existantes, mais où peuvent aussi émerger d'autres façons de se représenter et de se faire reconnaître[8].

On retrouve en premier lieu sur les réseaux sociaux, des représentations qui s'inscrivent dans la continuité des revues professionnelles ou des publicités évoquées précédemment : les entreprises et leurs employées déploient une variété de représentations qui ont pour objectif de valoriser l'activité des secrétaires (médicales). On retrouve ces contenus majoritairement sur des réseaux professionnels comme LinkedIn et Facebook, autour de 3 thématiques : la fête des secrétaires et la valorisation du métier ; le recrutement ; le quotidien des secrétaires en entreprise et plus rarement lors d'activités extra-professionnelles. La fête des secrétaires y est particulièrement représentée : cet événement rencontre un grand succès dans de nombreuses organisations qui publient ce jour-là des mots de remerciement et des albums photos mettant en scène leurs secrétaires. Ces contenus s'inscrivent majoritairement dans ce que j'ai qualifié de corporate eye, bien qu'ils mobilisent plus spontanément des photographies des « vraies » secrétaires, plutôt que des images issues de banques d'images.

On retrouve ensuite des représentations à caractère érotique, particulièrement présentes sur Instagram, où la tenue vestimentaire (jupe moulante, chemisier entrouvert, lunettes) et les postures (cambrure, regards caméra, jeux de jambes) activent les codes visuels d'un archétype de la « secrétaire sexy » (que je décrirai dans la suite de ce chapitre). Ces contenus, souvent monétisés via des plateformes tierces (OnlyFans, Patreon), rejouent des fantasmes codifiés tout en s'insérant dans l'économie de la visibilité en ligne. Ils apparaissent majoritairement avec le #secretary ou #secrétaire, au singulier, tandis que le #secrétaires ou #secretaries, au pluriel, amène à une plus grande diversité de contenus. À côté de cette imagerie explicite, un autre registre plus ambivalent émerge avec les vidéos de RolePlay ASMR (« That One Secretary That Takes Her Job Way Too

[8] Cette analyse de la production de contenus sur différents réseaux sociaux se veut avant tout exploratoire, elle n'a pas été au cœur de mes recherches, mais en constitue un appendice. Ainsi, cette section explore des matériaux réunis en 2025.

Seriously!! [keyboard sounds] » ; « ASMR Sweet Receptionist Roleplay (typing sounds, soft spoken, writing, phone calls) ») où les gestes (frôlement de papier, cliquetis de clavier, voix douce) éveillent une sensualité diffuse, sans connotation sexuelle directe. Ainsi, qu'il soit explicite ou subliminal, l'imaginaire érotique irrigue en filigrane une part non négligeable des représentations des secrétaires en ligne.

S'il faut admettre que les contenus à caractère érotique sont ceux qui apparaissent en plus grand nombre lors d'une requête sur Instagram ou Tik Tok[9], certains mots clés ouvrent à des contenus qui mettent en avant les récits personnels, notamment sous la forme de vlogs, des vidéos qui documentent la vie quotidienne. Ces contenus apparaissent sous différents formats (facecam, reconstitutions d'interactions, gestes du travail filmés, etc.), et adoptent différents tons (retours d'expériences et conseils sur la formation et la rémunération ; humour sur les difficultés du métier, les relations aux patient·es et aux soignant·es ; vlog, etc.). Ils ont vocation à documenter les conditions de travail et la caméra donne à voir la réalité des journées de travail. Cette mise en scène crée un espace de reconnaissance commune : d'autres secrétaires likent, commentent, partagent des anecdotes similaires, entre ironie, exaspération et fierté. Ces contenus offrent ainsi une fenêtre d'expression, principalement individuelle, sur les conditions d'un travail méconnu.

Ce format est néanmoins limité, par rapport à d'autres métiers, par la difficulté de raconter un travail contraint par l'immobilité. Il est plus difficile de filmer une journée de travail devant un ordinateur, auquel s'ajoute la contrainte du secret médical : aucune trace des patient·es ne doit apparaître à l'écran.

Enfin, les réseaux sociaux sont propices aux formats humoristiques. Ces formats sont avant tout le fait de comédien·nes et humoristes, qui contribuent à renforcer des archétypes misogynes et classistes (accents, tenue stéréotypée, attitude passive-agressive, maladresses, incompétence, mauvaise humeur). On trouve néanmoins de plus en plus de contenus produits par des secrétaires elles-mêmes. Sur TikTok en particulier, elles utilisent l'humour pour tourner en dérision les clichés liés à leur fonction : production de *memes*, reconstitutions comiques d'interactions, blagues face caméra, etc. Ces vidéos, souvent très courtes (quelques secondes), montrent un certain discours des secrétaires sur leur travail et la manière dont il est perçu. En jouant la caricature, elle révèle les injustices qu'elle vit quotidiennement.

Les représentations que j'ai évoquées ont pour point commun de reproduire, pour une grande partie, des archétypes qui, tout en se renouvelant, continuent

[9] Les recherches ont été effectuées avec un nouveau compte utilisateur sur ces plateformes.

d'orienter les perceptions contemporaines du métier. Rarement concentrées sur le contenu du travail mais plutôt sur ce qu'incarnent les personnes qui l'exercent, ces représentations révèlent une continuité entre sexualisation et dévalorisation : entre le bureau et le foyer, et depuis plus d'un siècle, elles montrent combien les représentations du secrétariat demeurent structurées par des rapports de domination vis-à-vis des femmes qui exercent ce métier. La production de nouvelles représentations via des médiums comme les réseaux sociaux n'est ainsi pas un vecteur de nouvelles représentations par défaut, mais repose sur la volonté, individuelle et/ou collective, d'inventer de nouvelles représentations du travail.

Des archétypes de la représentation des secrétaires

J'ai exposé quelques-unes des représentations des secrétaires nées dans un imaginaire commun qui s'est forgé tout au long des XXe et XXIe siècles. Ces représentations, notamment les productions culturelles de différentes natures (films, séries TV, émissions et reportages, romans, publicités, etc.) ont fait émergé un certain nombre d'archétypes autour du métier de secrétaire, sur lesquels j'aimerais m'appuyer ici pour décrire un imaginaire collectif de ce métier (dans un contexte occidental). La construction de ces représentations est d'abord largement nourrie par des représentations dites « populaires » parce qu'elles sont rendues accessibles à un large public par le biais de productions audiovisuelles. Même si un certain nombre de ces productions ont pu apporter un regard critique sur la représentation des secrétaires, j'utiliserai ici une sélection de ces productions pour décrire des archétypes communément associés à ce métier, et qui ont participé à stigmatiser leur travail et leur place dans les organisations[10].

Les « pin-up » et les « office sirens » : la sexualité au bureau

Parmi les figures persistantes du secrétariat dans la culture visuelle contemporaine, l'archétype de la « secrétaire sexy » occupe une place centrale. Le bureau devant un théâtre de la séduction, le corps des secrétaires devient un outil de présentation au service d'un pouvoir masculin. Cette représentation n'est pas seulement un cliché médiatique : elle a structuré en profondeur les conditions de travail des femmes dans les bureaux, contribuant à leur assignation à des rôles subalternes (Pringle, 1989).

[10] J'élargirai ici les représentations mobilisées aux métiers du secrétariat en général (qui comprend le métier de secrétaire médicale) pour deux raisons : d'une part, les enjeux de ces représentations se recoupent largement, d'autres part, par manque de représentations des secrétaires médicales.

La sexualisation de la figure de la secrétaire trouve ses premières formes au début du XXe siècle, dans des intrigues articulées autour de triangles amoureux, comme dans *Mabel's Blunder* (1914), *The Office Wife* (1930), *His Secretary* (1925) ou *Wife vs. Secretary* (1936). Plus tard, l'iconographie des « pin-up » prolonge et accentue ces choix esthétiques et scénaristiques : dans *Monkey Business* (1952), Marilyn Monroe incarne les codes d'une féminité « de bureau », que l'on retrouve également dans *My Dear Secretary* (1948) ou chez Mrs Moneypenny, assistante historique de Mr M, qui entretient une relation de séduction avec James Bond. Dans ces films, la secrétaire est représentée comme un objet du regard masculin (Mulvey, 1975) : jupes fendues et talons hauts participent d'une esthétique profondément ancrée dans la culture visuelle américaine d'après-guerre. Cette esthétique accompagne la féminisation massive des emplois de bureau. Bien plus tard, le film *Secretary* (2002) renouvelle cet archétype en mettant en scène une relation sadomasochiste entre une assistante et son patron, jouant de manière provocatrice sur l'ambiguïté sexuelle inhérente à la relation hiérarchique. Ces œuvres, en stylisant l'érotisation du bureau, légitiment une certaine confusion entre espace professionnel et espace de désir. Néanmoins, la figure de la secrétaire sexy est parfois utilisée comme critique de la sexualisation des femmes dans le monde du travail : dans *9to5* (1980), Dolly Parton est présentée comme une femme séductrice qui « agguiche » son patron alors qu'elle est en réalité harcelée par ce dernier. Dans *Erin Brockovitch* (2000), le style vestimentaire de la jeune femme, recrutée comme archiviste dans un cabinet d'avocats, trouble ses collègues, alors qu'elle montre rapidement ses capacités à mener une enquête complexe.

Le trouble qui se manifeste à l'écran s'appuie sur le réemploi constant des codes d'une féminité provocante ou prédatrice au bureau (qu'ils servent des tropes narratifs classiquement misogyne, ou qu'ils permettent un certain *empowerment* des secrétaires). Ces codes sont repris dans le cadre d'une tendance visuelle récente sur les réseaux sociaux : celui des « office sirens », une tendance esthétique qui a émergée sur TikTok en 2023, s'inspirant de la culture d'entreprise des marques de luxe des années 90 et 2000, ainsi que le trope de la Femme Fatale des films noirs. Décrite comme une esthétique « élégante, sexy et mystérieuse, tout en restant professionnelle », l'*office siren* revendique une forme de féminité hyper-maîtrisée [11].

L'esthétique des *office sirens* interroge la sexualisation des espaces de travail en revendiquant les codes de la « secrétaire sexy » comme une forme d'*empowerment* – un renversement des codes de la domination masculine – mais cette posture ambivalente reste prise dans les logiques mêmes qu'elle prétend sub-

[11] « Office Siren », *Aesthetics Wiki*. URL : https://aesthetics.fandom.com/wiki/Office_Siren

vertir. Elle reste fondée sur la mise en scène du corps féminin comme surface de performance visuelle. Comme l'a montré Rosemary Pringle dans *Secretaries Talk: Sexuality, Power and Work* (1989), la sexualisation des secrétaires est une dimension structurelle des rapports de pouvoir au travail. Elle interroge les ambiguïtés de la sexualité au travail, en particulier à travers la relation patron-secrétaire, qui enfreint tous les principes weberiens du modèle bureaucratique (impersonnalité, spécialisation des tâches, rationalité) (*ibid.*, 86). Au contraire, la relation entre une secrétaire et son patron est souvent marquée par l'intimité, la personnalisation, la proximité physique et émotionnelle (Descolonges, 1996). Une anomalie, en apparence, qui n'en est pas une selon Pringle : il constitue un mode opératoire du pouvoir bureaucratique moderne, où la sexualité n'est pas périphérique mais structurelle. La secrétaire sexy et la *office siren* incarnent alors la manière dont le pouvoir s'exerce par la sexualisation, avec la complicité des dispositifs d'organisation du travail.

La « Girl Friday » et la « seconde épouse » : des assistantes bienveillantes

Le « trope » narratif de la *Girl Friday* désigne une figure féminine d'assistance totale, disponible et compétente, présente dans de nombreuses représentations du travail de bureau depuis le milieu du XXe siècle. L'expression dérive du personnage de Friday (Vendredi) dans le roman Robinson Crusoé de Daniel Defoe (1719), et renvoie à l'idée d'un serviteur loyal, exécutant efficacement toute tâche déléguée par son supérieur. La Girl Friday est ainsi une extension fonctionnelle du patron masculin, qui prend en charge toutes sortes de tâches peu valorisées : planification, filtrage, mise en forme, coordination, gestion des humeurs.

Au cinéma, cet archétype est immortalisé dans le film *His Girl Friday* (1940), dans lequel Hildy Johnson est une journaliste brillante reléguée au rôle de secrétaire pour son supérieur et ex-mari. Si le film souligne l'intelligence et l'humour de l'héroïne, il illustre aussi les limites d'émancipation de cette figure, constamment ramenée à une fonction d'assistance malgré ses capacités. Des personnages comme Donna dans *Suits* (2011–2019) ou Pam dans *The Office* (2005–2013) en incarnent différentes déclinaisons : loyauté indéfectible, compétences connues mais peu reconnues, connaissance fine des rouages organisationnels, invisibilité statutaire. Ces femmes sont les chevilles ouvrières du quotidien de la vie de bureau – mais dont le nom ne figure ni dans les rapports, ni sur les plaques de bureau. La *Girl Friday* est une figure souvent associée à une femme blanche, de classe moyenne, propre et soignée, incarnant une forme de respectabilité administrative (une « good girl » selon les termes de Craig Robertson, 2021, 201). Les compétences attendues de la *Girl Friday* relèvent d'un registre

domestique transféré dans le monde professionnel, ce qui contribue à normaliser la surcharge de travail, la disponibilité constante, et l'hyper-adaptabilité.

Néanmoins, certaines productions culturelles font bouger les lignes de cette figure scénaristique et sociale : dans la série télévisée *Mad Men* (2007-2025), Peggy Olson incarne autant qu'elle rompt avec la figure de la *Girl Friday*. Elle entre dans la série comme une secrétaire polie, consciencieuse, prévenante. Mais sa loyauté n'est pas éternelle : quand elle fait ses preuves comme rédactrice, puis directrice de création, elle quitte la position d'assistance pour s'approprier les outils de la production symbolique – elle passe de la dactylographie à l'écriture, du service à la création. Cependant, Peggy paie le prix de cette rupture sociale en devenant une femme seule dans un espace masculin.

À cet archétype audiovisuel s'ajoute une autre figure qualifiée en sciences sociales de « seconde épouse ». Comme l'a montré la sociologue Christelle Avril (2019), elle occupe une place « entre la femme et la secrétaire », assumant un rôle de soutien émotionnel et domestique vis-à-vis de son supérieur hiérarchique masculin. La secrétaire devient alors la gardienne de l'agenda, du confort quotidien, des communications sensibles – une épouse de bureau, dévouée et discrète, sans les droits ni la reconnaissance du lien conjugal : « les assistantes sont des 'seconde épouse' dont on attend la fidélité, la patience et la compréhension, mais sans jamais les désigner comme telles » (Avril, 2019). Josiane Pinto parle à ce propos d'une « relation enchantée » (1990) entre la secrétaire et son patron, relation qui déborde largement le cadre professionnel. Pinto rappelle d'ailleurs qu'une partie non négligeable des secrétaires ne sont pas seulement des « secondes épouses » symboliques, mais bien les épouses réelles de leurs patrons : des aides familiales non salariées, occupant formellement la position de secrétaire mais sans reconnaissance contractuelle ni salaire (*ibid.*, 33).

La Sassy Secretary et la Ditzy Secretary : mises en scène de l'incompétence

Dans les comédies de bureau, deux tropes contribuent à alimenter la mise en scène de l'incompétence chez les secrétaires : la *ditzy secretary* et la *sassy secretary*. Tous deux participent à installer l'incompétence comme norme attendue dans les rôles de secrétariat, reléguant la compétence à une exception remarquable – et donc suspecte.

La figure de la *ditzy secretary* – littéralement, la secrétaire écervelée – s'ancre dans une tradition cinématographique et télévisuelle où la secrétaire est douce et séduisante, mais fondamentalement maladroite et inefficace. Définie sur le site TV Tropes comme « une assistante aussi jolie qu'inutile, distraite par ses rê-

veries ou des sujets frivoles[12] », elle repose sur une esthétique de l'infantilisation : son incapacité à mener à bien des tâches élémentaires est traitée non comme un défaut, mais comme une marque d'innocence désarmante. L'incompétence, ici, est réconfortante pour l'ordre masculin qu'elle ne vient jamais véritablement troubler.

On retrouve cette figure dans des séries qui jouent du ressort comique lié à l'incompétence d'une femme : par exemple, tout au long de la série Murphy Brown (1988-98), l'incapacité de cette dernière à garder une secrétaire plus d'un épisode est un gag récurrent. Les secrétaires défilent, plus incapables les un·es que les autres : un homme incapable de taper plus d'une lettre à la fois, une femme qui insiste sur le fait qu'elle arrête de fumer alors qu'elle continue de tirer sur sa cigarette, une femme qui gère une ligne de téléphone rose depuis son bureau et, dans un cas, un mannequin de crash-test. Dans *Twin Peaks* 1990-1), Lucy Moran, la secrétaire du département de police, a tendance à tout décrire de manière extrêmement détaillée, ce qui la fait passer pour une idiote, une situation qui s'incarne dans un gag récurrent où elle explique de manière simpliste le fonctionnement du système téléphonique/interphone. Ce trope contribue à la naturalisation de l'incompétence et délégitime toute ambition professionnelle ou expertise réelle chez les secrétaires.

La *sassy secretary* incarne quant à elle une autre forme d'incompétence, plus volontaire. Définie sur TV Tropes comme « l'assistante au caractère bien trempé, souvent sarcastique, parfois issue d'une minorité sociale ou raciale, qui ne s'en laisse pas conter[13] », elle incarne une figure revendicative, où l'incompétence prend la forme d'un désengagement choisi. Elle fait son travail – mais rien de plus. Elle exécute ce qui est prescrit sans affect, sans zèle, parfois avec une ironie assumée. Donna Meagle incarne parfaitement ce personnage dans *Parks and Recreation* (NBC, 2009–2015), où elle occupe un poste d'office manager. Elle affiche une distance émotionnelle, un goût pour le luxe, une vie personnelle affirmée, autant de signes perçus comme incompatibles avec une posture de service. Dans *NewsRadio* (1995-1999), Beth est une secrétaire excentrique de la station de radio : elle porte des tenues exubérantes, des cheveux rouge et mâche du chewing-gum, ce qui l'écarte des attentes du métier de secrétaire : elle manque de discrétion. Sous une autre forme encore, dans la série télévisée *Ugly Betty* (2006-2010), Amanda Tanen Sommers, réceptionniste du siège d'un magazine, passe son temps à critiquer allègrement ses collègues, ce qui l'inscrit dans une culture stéréotypée, largement associée aux secrétaires, du « gossip » (Pringle, 1989).

---

[12] « Ditzy Secretary », *TV Tropes*. URL : https://tvtropes.org/pmwiki/pmwiki.php/Main/DitzySecretary

[13] « Sassy Secretary », *TV Tropes*. URL : https://tvtropes.org/pmwiki/pmwiki.php/Main/SassySecretary

Bien qu'elles diffèrent en plusieurs points, les figures de la *ditzy secretary* et de la *sassy secretary* convergent dans leur manière de maintenir l'idée que les secrétaires sont incompétentes. Qu'elle soit accidentelle et rassurante (parce que féminine), ou choisie et inquiétante, l'incompétence se fait le reflet d'une compétence qui devient l'exception. Dans la culture professionnelle contemporaine, ces imaginaires nourrissent des attentes genrées dans les organisations : la secrétaire efficace doit prouver qu'elle n'est « pas comme les autres », qu'elle échappe à la norme implicite d'incompétence inscrite dans son rôle. À l'inverse, la moindre erreur suffit à confirmer une image déjà-là.

La « vieille fille » et la dévalorisation de l'expérience

La figure de la secrétaire compétente ne jouit pas toujours d'un prestige évident dans les représentations culturelles : au contraire, elle peut devenir un stigmate. Un archétype incarne ce paradoxe de la compétence surjouée ou surinvestie : la « vieille fille », une secrétaire plus âgée que les autres, fidèle à son patron et sans vie personnelle apparente, qui donne à voir une forme de « sur-compétence » : trop compétente pour être séduisante.

La « vieille fille » est, à l'écran, une secrétaire austère, disciplinée, fidèle, et surtout âgée et désexualisée. Ce personnage participe d'une construction morale et sociale de la respectabilité féminine au travail. On en trouve un exemple emblématique dans le personnage d'Edna, la doyenne du secrétariat dans *9 to 5* (1980) : vieille dame cynique mais indispensable, elle est exclue du groupe des secrétaires du « pool » : c'est une figure à part, proche du pouvoir qu'incarne le patron.

Dans *The West Wing* (1999-2006), Mrs. Landingham et Debbie Fiderer déclinent deux modalités de la figure de la « vieille fille ». Mrs. Landingham, veuve ayant perdu ses enfants, en incarne une version traditionnelle : discrète et entièrement vouée au président qu'elle accompagne comme une présence maternelle et silencieuse. Sa mort marque symboliquement la fin d'un modèle de fidélité absolue, où l'existence personnelle disparaît derrière le service. Debbie Fiderer reprend cette fonction dans un registre plus excentrique, mais elle reste pourtant définie par la même solitude et la même loyauté, on en sait peu sur sa vie personnelle.

Dans ses travaux sur les secrétaires, Josiane Pinto décrit précisément cette réalité : les secrétaires les plus qualifiées (souvent les secrétaires de direction) sont aussi les plus âgées, les plus stables dans l'emploi, mais aussi les plus seules. Ce sont, écrit-elle, « les femmes ayant le moins d'enfants, après les femmes cadres d'entreprise », et « plus nombreuses à vivre sans conjoint, à ne pas avoir

d'enfants » (Pinto, 1990). Les offres d'emploi étudiées par Josiane Pinto à cette époque stipulent parfois explicitement : « célibataire, de préférence » (*ibid.*). Une secrétaire de PDG interrogée par Pinto résume l'ambivalence de cette injonction : « Les maris ne sont pas très bien vus, les enfants sont très mal vus » (*ibid.*). La compétence, dans ces trajectoires, est indissociable d'un effacement de la féminité telle qu'elle est normée chez la plupart des secrétaires.

La figure de la « vieille fille » illustre ainsi l'une des réalités sociales bien connues des sociologues ayant étudié les carrières de secrétaires : la surcompétence est un frein à leur vie personnelle (Pinto, 1990).

Le mouvement 9to5 et l'ASMR : une visibilité recherchée, des représentations renouvelées

J'ai montré que les représentations du travail produites par les entreprises dès le début du XXe siècle ont rapidement été accompagnées de représentations publicitaires mais aussi d'une variété de représentations culturelles qui, loin d'être neutre, ont nourri tout au long du siècle passé des représentations en partie erronées, et dont les effets sont observables dans l'évolution des métiers actuels du secrétariat. Ces représentations sont hélas majoritaires dans l'espace public, et peu de secrétaires ont pu produire elles-même des représentations de leur travail. Néanmoins, on observe de manière sporadique des moments où la représentation des secrétaires bifurque, porteuse d'une critique politique de leur statut, de la France aux États-Unis, à la fin du XXe siècle et au début du XXIe siècle.

Le mouvement 9 to 5

En mars 1972, un groupe de secrétaires new-yorkaises, accompagnées par des membres de la National Organization of Women, ont manifesté devant le siège de la marque de machines à écrire Olivetti pour contester leur nouvelle campagne de publicité[14]. Ce type de mobilisation des secrétaires est rare. Aux États-Unis, le mouvement 9to5 est le premier, et le plus marquant, jalon de la lutte pour la défense des droits des secrétaires et plus largement des employé·es de bureau.

[14] « The office: Rebel Secretaries », *Time*, 20 mars 1972, Vol. 99, n°12 : 84. URL : https://time.com/vault/issue/1972-03-20/page/94/

> « Chaque matin, des milliers d'entre nous, principalement des femmes, nous levons, nous habillons et partons travailler dans les bureaux de Boston. Dans les entreprises, les hôpitaux et les universités, nous classons, rassemblons, photocopions, agrafons, remplissons, tapons, adressons, perforons, scellons, classons par ordre alphabétique, transcrivons et photocopions les documents qui arrivent sur nos bureaux. Nous traitons du papier, enregistrons et communiquons les activités des autres. Nos tâches sont en grande partie mécaniques ; les compétences que nous utilisons ne nécessitent pas une grande compréhension du fonctionnement des institutions pour lesquelles nous travaillons. Pourtant, nous sommes aussi indispensables sur notre lieu de travail que les cuisiniers dans un restaurant ou les soudeurs sur une chaîne de montage automobile. Nous assurons le bon fonctionnement des entreprises et des institutions de Boston. Sans nous, elles seraient paralysées. » (« 9to5 newsletter for boston area office workers », décembre 1972-janvier 1973)

Fondé en 1973 à Boston par Ellen Cassedy et Karen Nussbaum, ce mouvement a constitué une tentative pionnière de mobilisation politique des secrétaires et employé·es de bureau. Parmi les représentations alternatives du travail de secrétariat, le mouvement 9to5 occupe une place singulière, à la croisée des luttes syndicales et féministes des années 1970 aux États-Unis. Initié par un petit groupe de femmes, pour la plupart secrétaires, ce mouvement dénonce les bas salaires, le manque de reconnaissance, le harcèlement sexuel et les possibilités limitées d'avancement professionnel. Comme le résumait Karen Nussbaum, « le facteur de motivation le plus puissant était la question du respect. Les femmes ne voulaient pas se sentir comme des épouses de bureau. Elles étaient de véritables travailleuses avec de véritables emplois. Elles voulaient également que leur personnalité soit reconnue » (Cobble, 1999, 31).

Au cœur de ces revendications, figure la remise en cause de la relation patron-secrétaire, que Rosabeth Moss Kanter a décrite comme « l'exemple le plus frappant de la conservation du patrimoine au sein de la bureaucratie » (Cobble, 1999, 31). Les secrétaires souhaitaient « moderniser et dépersonnaliser la relation patron-secrétaire » (*ibid.*) en instaurant des critères objectifs d'évaluation – compétences de gestion, de dactylographie, etc.– plutôt que des qualités liées à la loyauté, à la personnalité ou à l'apparence physique : elles voulaient être promues pour leur mérite professionnel, et demandaient des fiches de postes plus précises afin de limiter l'arbitraire patronal (*ibid.*, 34).

Pour atteindre ces objectifs, les groupes de secrétaires ont déployé une gamme de tactiques, allant des moyens classiques des actions syndicales (pétitions, procès, piquets de grève) à des actions plus créatives, que certains ont qualifié de « théâtre de rue » (*ibid.*, 31). Leurs compétences en communication ont été par-

ticulièrement mises à profit lorsqu'elles ont entrepris de se réapproprier la « National Secretaries Day », en lançant des slogans comme « Respect, rights, and raises » ou « Raises not roses ». La revendication d'une Charte des droits des employés de bureau a suscité un débat national sur les conditions de travail des employées de bureau et sur les normes culturelles régissant la relation patron-secrétaire.

Ces groupes militants « ont eu un impact bien supérieur à leur faible nombre. À la fin des années 1970, le mouvement avait permis d'obtenir des millions de dollars d'arriérés de salaire et d'augmentations salariales, encouragé l'élaboration de plans d'action positive par les employeurs, transformé la Journée nationale des secrétaires en un rituel contesté et inspiré la chanson, le film et la série télévisée à succès "9 to 5". » (*ibid.*, 39). Malgré le déclin général du syndicalisme américain dans le secteur privé, le taux de syndicalisation des employés de bureau à la fin des années 1980 (16 %) était comparable à celui de l'ensemble de la population active (17 %).(*ibid.*, 33).

Le film *9 to 5* (Colin Higgins, 1980), co-écrit avec l'une des fondatrices du mouvement, Jane Fonda, constitue un prolongement culturel de cette lutte. S'il emprunte les codes de la comédie populaire, il offre une représentation inédite du travail de secrétariat en insistant sur l'intelligence collective des travailleuses, la solidarité entre collègues, et leur capacité à contester l'ordre hiérarchique et sexiste de l'entreprise. À travers la satire, le film met en scène un renversement temporaire du pouvoir de la figure du « patron », donnant à voir non seulement l'injustice quotidienne du travail de bureau pour les femmes, mais aussi des formes de subversion possibles. En s'appuyant au départ sur des archétypes de la représentation des secrétaires, le film les détricote pour faire apparaître des femmes intelligentes et solidaires.

Les secrétaires et les syndicats en France

En France, la dernière grande mobilisation nationale des secrétaires médicales remonte à 1990[15]. Portée par des revendications de reconnaissance statutaire et soutenue par plusieurs organisations syndicales, elle avait conduit à la publication du décret du 19 septembre 1990, permettant aux secrétaires médicales exerçant à cette date d'être reclassées en catégorie B. Cette réforme traduisait une reconnaissance collective du métier, négociée au niveau de la fonction pu-

[15] Ces propos m'ont été rapportés lors d'un entretien avec une représentante du personnel du syndicat Force Ouvrière au CHU de Montpellier.

blique hospitalière[16]. Depuis, les mobilisations ont pris une forme plus locale, traduisant un déplacement des négociations vers les cas particuliers des établissements. En janvier 2024, les secrétaires médicales du centre hospitalier de Chartres se sont ainsi mises en grève pour protester contre un projet de réorganisation entraînant la suppression de plusieurs postes administratifs et une surcharge de travail accrue[17]. Quelques mois plus tard, en juin 2024, les secrétaires médicales de l'hôpital Joseph-Ducuing à Toulouse ont cessé le travail pour dénoncer leurs salaires inférieurs au Smic et le manque de reconnaissance de leur rôle dans la prise en charge des patient·es : « On est payées 90 euros en dessous du Smic », affirmaient-elles dans la presse locale[18].

En 1998, Olivier Liaroutzos et ses collègues du centre d'études et de recherches sur les qualifications (Cereq) rendent compte de la faible représentation professionnelle des secrétaires, dans un rapport sur les métiers du secrétariat (Liaroutzos *et al.*, 1998). Ils recensent alors très peu de secrétaires syndiquées, et lorsqu'elles le sont, les syndicats ne produisent pas de réflexion spécifique à leur métier. Du côté des associations, ils décrivent une opposition conflictuelle durant les années 1990 entre l'émergence d'une fédération des associations de secrétaires et d'assistantes de direction de France, en 1996, et le réseau de « clubs » coordonné par la revue *Assistantes et Secrétaires Magazine*. Ce conflit met en scène deux formes de représentation : la première vise à produire une solidarité professionnelle pour la défense des droits du travail, le second est plus porté sur la création de collectifs extra-professionnels ou le bien-être au travail.

Aujourd'hui, les associations de secrétaires continuent d'exister, en nombres modestes : l'Association Nationale des Secrétaires et Assistantes de France a été remplacée en 2005 par la Fédération Française des Métiers de l'Assistanat et du Secrétariat (FFMAS). On note aussi l'existence de l'Association Française des Secrétaires et Assistantes Indépendantes (Afsai), tournée vers la formation et l'accompagnement dans l'auto-entreprenariat. Notons également la création en 1989 du Syndicat national des secrétaires de mairie. Dans le domaine médical, c'est l'Association des Secrétaires Médicales et Référentes (ASMR), créée en 1990, qui a particulièrement attiré mon attention pour ses actions récentes (2024-2025).

---

[16] Cette information est issue d'un entretien avec une représentante du personnel du CHU de Montpellier, dans le syndicat Force Ouvrière. Le décret en question est accessible ici : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006709616/2001-12-20/

[17] Emmanuelle Senecharles, « Mouvement de grève général à l'hôpital de Chartres », *Le Parisien*, 11 janvier 2024. URL : https://www.leparisien.fr/eure-et-loir-28/mouvement-de-greve-general-a-lhopital-de-chartres-11-01-2024-F4ADGT6W4RE7VGGP34IUOJ2DWA.php

[18] Paul Njomen, « "On est payée 90 euros en dessous du Smic" : les secrétaires médicales de l'hôpital Joseph-Ducuing sont en grève à Toulouse », *La Dépêche*, 19 juin 2024. URL : https://www.ladepeche.fr/2024/06/19/on-est-payee-90-eur-en-dessous-du-smic-les-secretaires-medicales-de-lhopital-joseph-ducuing-sont-en-greve-a-toulouse-12027387.php

L'Anfh, l'ASMR et le sursaut du numérique en santé

Entre le début de mes recherches en 2022 et le moment où j'écris ce manuscrit, un sursaut semble néanmoins à l'œuvre dans le monde du numérique en santé et plus largement des politiques publiques de santé. Les secrétaires deviennent un sujet de discussion, elles deviennent progressivement des actrices plus visibles des transformations des infrastructures hospitalières (et de soin, plus généralement). Elles apparaissent par exemple timidement, dans un rapport, dans un salon professionnel, sur un support publicitaire ou dans une question au gouvernement. Cette présence nouvelle, bien qu'à peine perceptible, amène à questionner la manière dont les secrétaires apparaissent dans ces débats contemporains : leur image est-elle renouvelée ou continue-t-elle d'être cadrée par les mêmes archétypes ?

Au fil de mes déambulations récentes sur les sites Web d'entreprises proposant des outils de synthèse vocale à usage médical, j'ai d'abord progressivement vu apparaître le terme « secrétaire ». Principalement pensées pour « libérer du temps aux médecins » et fidèles aux laïus les plus anciens pour promouvoir de nouvelles technologies dans le monde de la santé, ces technologies ont peu fait cas du travail qui entoure celui des médecins. Il est donc étonnant de voir se glisser les secrétaires médicales dans les argumentaires commerciaux : un billet de blog entier sur le site de Dicma, l'intégrateur de l'outil Dragon Medical One en France, ou bien une page dédiée aux usages de la dictée vocale par les secrétaires ... qui est encore vide, sur le site de Praxy Santé. Ces mentions, aussi modestes soient-elles, révèlent une relative prise de conscience des acteurs économiques et institutionnels. À défaut de véritables efforts pour intégrer les secrétaires aux démarches de conception et d'intégration de ces technologies, leur absence totale commence à être remarquée dans le décorum du numérique en santé. Elles deviennent donc des utilisatrices à part entière des nouvelles technologies qui peuplent les hôpitaux.

Le 24 avril 2025, j'ai l'occasion de discuter avec Véronique Veillon, présidente depuis 2023 de l'Association des Secrétaires Médicales et Référentes (ASMR), qui existe depuis 1993. Elle m'explique avoir repris en main une association dont l'image et l'influence étaient au point mort depuis plusieurs années. En quelques mois, elle a engagé, avec les autres membres du bureau de l'association, de nombreuses démarches pour construire et rendre visible une parole publique des secrétaires médicales. Leur objectif est de formaliser une perspective claire pour ce métier dont l'avenir est, et a toujours été, débattu à l'aube de grands changements technologiques. Il s'agit pour elles de produire de nouvelles représentations du métier, en somme. L'ASMR soutient donc que les évolutions techniques comme l'intelligence artificielle ne mettent pas en danger la profession mais

qu'elle doit évoluer vers un rôle accru de coordination. Un discours qui, notons-le, était déjà présent dans les années 1990, lorsque l'informatisation menaçait déjà le métier. « On aura toujours besoin de secrétaires », me dit-elle avec assurance. En 2024, l'ASMR a donc mis les bouchées doubles pour se « montrer », pour parler du métier de secrétaire médicale et ses enjeux contemporains : un stand au salon professionnel SantExpo, l'organisation de journées d'étude annuelles (la 17e en 2024) ou encore des entrevues avec les députés Jean-Philippe Artouin puis Karl Olive ayant donné lieu à la publication d'un question au gouvernement le 15 avril 2025.

Ce chapitre a permis d'appréhender les enjeux de la représentation des métiers du secrétariat et plus particulièrement du secrétariat médical. Les recherches présentées par la suite dans ce manuscrit se sont néanmoins resserrées autour des formes les moins visibles du travail des secrétaires médicales. Les représentations que la chercheuse que je suis produit du travail des secrétaires médicales s'inscrit dans ce que j'ai décrit comme un « millefeuille » de représentations des secrétaires médicales et de leur travail.

Ce chapitre présente la méthode d'enquête et le point de vue adopté pour étudier le travail des secrétaires médicales. Il décrit les conditions d'accès au terrain, qui ont façonné la relation aux personnes enquêtées, ainsi que les choix méthodologiques qui en découlent. L'observation participante, prolongée sur dix mois dans différents secrétariats hospitaliers, a permis de documenter le quotidien de 36 secrétaires et leurs encadrantes, à partir d'une logique d'échantillonnage guidée par le réseau des enquêtées elles-mêmes. Le chapitre interroge ensuite les « blancs » de l'enquête – absences de données, silences, angles morts – comme autant d'éléments constitutifs d'une compréhension située des infrastructures hospitalières. Il explore enfin les enjeux d'une méthodologie « inventive » qui repose notamment sur la production de représentations graphiques et sur la mobilisation du dessin comme outil de description ethnographique.

Chapitre 3

Les secrétaires, la chercheuse et l'infrastructure.

Construire un point de vue situé

« Être affectée » par les secrétaires médicales : construire un point de vue par l'ethnographie

En juin 2022, quelques mois après le début du financement de ma thèse par l'Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), je décide d'accompagner l'un de mes collègues lors de sa visite d'un CHU, où il avait prévu de rencontrer des secrétaires médicales. À ce moment-là, quelques mois après le début de ma thèse, je n'avais encore qu'une idée vague de ce sur quoi allaient porter mes recherches. Grâce aux échanges avec mes collègues autour d'un projet commandité par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), j'ai pu identifier un point de tension omniprésent dans les établissements de santé et médico-sociaux qui avaient accepté de participer à notre étude sur les effets du numérique sur les conditions de travail dans le monde de la santé : l'arrivée, plus ou moins récente, du dossier patient informatisé (un logiciel permettant de numériser et centraliser les dossiers des patient·es) cristallisait un certain nombre d'inquiétudes, notamment liées à la reconfiguration du travail administratif. Leur participation à notre étude témoignait d'une certaine perplexité : après 2 ans de crise sanitaire, le « virage numérique » était loin d'être leur priorité, mais la formalisation de politiques publiques qui accompagnent (ou contraignent, selon les points de vue) ce virage numérique obligeait ces établissements à se saisir du sujet.

Ce jour-là, je prends donc un train tôt le matin depuis Paris pour rejoindre mon collègue à l'entrée de ce CHU, où nous sommes accueillis par un agent des ressources humaines. Ce dernier nous accueille chaleureusement et nous guide à travers d'interminables couloirs vers deux bureaux : nous rencontrons deux assistantes médico-administratives, visiblement à peine au courant de notre venue, à qui nous tentons de poser des questions, engoncé·es dans des espaces réduits et interrompus par les allers et venues de leurs collègues. Ces séances d'observations du travail s'avèrent assez gênantes de mon point de vue, mais elles ont l'avantage de pointer un angle (plus que) mort des débats autour du numérique en santé que nous avions commencé à cartographier. Pas une fois auparavant, dans la lecture d'un certain nombre de documents issus de la littérature grise sur le sujet, je n'avais vu mentionné le travail de ces secrétaires. Pourtant, il m'est vite apparu, dans les cours échanges que nous avons eus avec elles, que leur travail se situait au cœur des enjeux actuels de transformation des infrastructures de l'information dans le champ de la santé. Autour d'elles gravitent une variété d'informations, de logiciels, de documents, de procédures administratives en tous genres que j'ai rapidement décidé d'investiguer de manière plus approfondie.

Il s'agissait maintenant d'organiser mes recherches autour d'un métier dont je ne connaissais rien. Du moins, c'est ce qu'il me semblait. J'ai rapidement rencontré une sociologue, Louise Robert, qui venait d'être embauchée au CHU de Montpellier pour coordonner des études qualitatives autour des usages du dossier patient informatisé. J'ai ainsi pu profiter de l'élan de ce vaste projet de R&D interne à cet établissement pour négocier mon terrain d'enquête : une négociation rendue longue par la mise en place d'une convention d'accueil, mais d'une grande fluidité malgré tout. S'intéresser aux secrétaires médicales pour comprendre ce qui pouvait être amélioré dans la gestion de l'information à l'hôpital semblait couler de source pour mes interlocuteur·ices. Une fois ma convention signée, j'avais donc accès à l'hôpital, mais il me manquait une étape primordiale : comment rencontrer des secrétaires ?

C'est ici que je me dois de revenir sur ma prétendue « ignorance » de ce métier. En réalité, je suis née dans ce même CHU en 1995, et depuis cette date, je n'ai cessé d'entendre, chaque soir à table, les histoires quotidiennes de la vie d'un hôpital racontées par mes parents, tous deux fonctionnaires : mon père en tant que manipulateur en électroradiologie, et ma mère ... en tant que secrétaire. Les deux y ont également occupé des fonctions de délégué·es du personnel au sein d'un syndicat. La vie des agent·es de l'hôpital (plus particulièrement des personnels administratifs) et le quotidien du travail dans un tel endroit étaient donc loin de m'être inconnus. Pourtant, il m'a fallu deux ans pour recoller les morceaux, refaire émerger les noms des établissements qui composent ce CHU – l'ADV, Lapeyronie, Guy de Chauliac, Benech – et qui m'étaient si familiers. Au-delà de cette familiarité, qui m'a été d'une grande aide dans mes échanges avec les personnes que j'ai pu rencontrer, le réseau de connaissances de mes parents, en particulier, de ma mère, m'ont également été utiles. Si je n'ai au départ pas souhaité impliquer cette dernière dans la mise en œuvre d'un travail qui était encore balbutiant, elle m'a été utile dans la deuxième partie de mon enquête, lorsque j'ai cherché à rencontrer des personnes en particulier. Une fois que j'ai eu « montré patte blanche » auprès des premières secrétaires que j'avais rencontré, il a été bien plus simple de me recommander : les retours des secrétaires après ma visite étaient enthousiastes, les objectifs de mon travail s'éclaircissaient et il était plus simple de me mettre en contact avec de nouvelles personnes. Finalement, cette enquête a été une occasion inattendue d'ancrer mon présent professionnel dans le quotidien de mes parents, à priori très éloignés de mes études en design et de mes expériences professionnelles dans le monde de la culture et de la recherche. Mon intérêt nouveau pour ce monde, dont j'avais entendu parler sans y prêter attention, ont totalement reconfiguré les conversations que j'ai à présent avec eux : je situe les lieux, les enjeux, et certaines personnes dont ils parlent.

Ce contexte particulier dans lequel est née mon enquête est pour moi loin d'être anodin et il nourrit un point de vue singulier sur l'objet de mon étude, que Donna Haraway, Sandra Harding et Dorothy Smith qualifieraient de « situé » (Haraway, 1991 ; Harding, 1987 ; Smith, 1987), en critiquant la place, traditionnellement invisible, des chercheur·euses dans leurs recherches. Selon elles, au contraire, « les croyances et les comportements des chercheur·euses elles et eux-même doivent faire partie du cadre de l'image qu'ils tentent de peindre » (Harding, 1987, 9). En acceptant d'adopter un point de vue situé, je donne ma propre réponse à une question posée par Dorothy Smith : Pouvons-nous accepter « la multiplicité intrinsèque de nos mondes et donc des nombreuses histoires qui peuvent être racontées, dont la nôtre n'est qu'une parmi d'autres ? » (Smith, 1987, 124). Je suis donc entrée dans les secrétariats d'un hôpital en tant que jeune femme de 28 ans, identifiée comme une « fille de secrétaire » et parfois même la « fille de Muriel ». Je connaissais la région et les problèmes de circulation en heure de pointe dans la ville, et j'avais l'accent montpelliérain. Il me semble, même si je ne peux pas en être certaine, que ces connaissances m'ont aidée à être acceptée (notamment dans des moments de convivialité comme les pauses déjeuner), peut-être mieux que si j'avais été un homme de 50 ans originaire de Paris. Non seulement ce point de vue m'a aidé à accéder à mon terrain, mais il m'a aussi permis d'être « affectée », si je reprend les termes de Jeanne Favret-Saada (1990), par mon sujet, par ce travail, par les personnes que j'ai rencontrées. Elles n'étaient pas seulement des secrétaires, mais des collègues, des amies, des semblables de ma mère, dont je n'avais jamais réellement pris le temps de comprendre à de quoi étaient faites ses journées.

Sans mettre directement des mots sur cette démarche, j'ai intuitivement commencé à déplacer mon regard, pour tenter de suivre l'expérience de ces secrétaires, et de la situer vis-à-vis des enjeux plus larges que j'avais commencé à étudier – le numérique en santé, les infrastructures de l'information. J'ai ainsi tenté d'adopter les principes de ce que Dorothy Smith a nommé l'ethnographie institutionnelle. Cette manière de construire des « projets de connaissance » (Favret-Saada, 1990) prend racine dans la critique féministe des sciences sociales formulée notamment par Sandra Harding : la manière dont une problématique de recherche est définie devrait tenir compte du fait qu'un « problème est toujours un problème pour quelqu'un en particulier », les problèmes n'existent pas en dehors de tout ancrage dans la vie quotidienne des gens – et des femmes en particulier. Dorothy Smith prolonge cette réflexion en proposant une « stratégie d'enquête » qui consiste à partir des problèmes quotidiens (« the everyday world as problematic », Smith, 1987, 53) pour découvrir comment ces dernières sont ancrées dans des « relations de pouvoir » (ruling relations, Smith, 1987) à différentes échelles. Selon elle, l'ethnographie institutionnelle « com-

mence par la localisation d'un point de vue dans un ordre institutionnel » (Smith, 2006, 46).

En ce qui concerne ma propre enquête, je n'avais jusqu'ici croisé que les « problèmes » formulés par des médecins, des éditeurs de logiciels ou bien des organisations en charge de la mise en œuvre de politiques publiques. La formulation de problèmes basés sur l'expérience des secrétaires médicales demandait de mettre de côté presque tous les mots-clés qui encombraient les débats publics en matière de numérique en santé : intelligence artificielle, automatisation, interopérabilité, etc. L'objectif de cette enquête devenait celui de « fournir [à ces] femmes des explications sur les phénomènes sociaux qui les concernent, plutôt que de fournir ces explications aux services sociaux, aux fabricants, aux publicitaires, aux psychiatres, à l'establishment médical ou au système judiciaire, des réponses aux questions qu'elles se posent » (Harding, 1987, 7).

Mon intérêt pour les secrétaires médicales est ainsi né du constat d'une absence : leur rôle dans la construction et la maintenance d'infrastructures comme les systèmes d'informations hospitaliers n'a que peu été étudié car leur point de vue n'a probablement jamais semblé pertinent dans le cours de l'innovation et des politiques publiques. Pourtant, leur rôle fait écho à celui de beaucoup de femmes, que Dorothy Smith décrit ainsi : « l'organisation du travail qui a été typiquement le nôtre, le travail des femmes, en tant qu'épouses, secrétaires, et dans d'autres rôles auxiliaires, a été celle qui ancre les formes impersonnelles et objectivées d'action et de relations dans des lieux particuliers et des relations particulières » (Smith, 1987, 111). Le travail des femmes ne se limite pas ici à ce qui relève d'un emploi rémunéré, mais renvoie plus largement à « tout ce qui est fait par les gens et qui demande du temps et des efforts, qu'ils ont l'intention de faire, qui est fait dans des conditions définies et avec des moyens et des outils quelconques » (Smith, 2006, 162). Cela inclut donc les activités non rémunérées, mais aussi le travail qui, s'il est exercé dans le cadre d'un emploi rémunéré, n'est pas considéré en tant que tel comme du travail. Ce type de travail est souvent victime d'un « insuffisance du langage » (Devault, 1991, 5), c'est-à-dire « l'inadéquation généralisée entre les expériences des femmes et les formes de pensée disponibles pour comprendre l'expérience ». L'ethnographie institutionnelle de Dorothy Smith s'emploie ainsi à documenter les « expériences des gens à propos de ce qu'ils font réellement, comment leur travail est organisé et comment ils se sentent à ce sujet » (Smith, 2006, 165).

En faisant le choix de cette enquête, j'ai accepté de prendre le « risque de voir s'évanouir [m]on projet de connaissance » (Favret-Sarda, 1990, 7), qui visait au tout départ à « rendre intelligible par le design le tissu socio-technique qui maille le système de santé ». Plusieurs choix méthodologiques ont profondément affecté les résultats de ce travail : j'ai, par exemple, rapidement abandonné l'idée

d'organiser des entretiens systématiques avec les secrétaires, considérant que cette forme de recueil de données ne conviendrait ni à leur emploi du temps ni à leurs obligations, ni au type d'informations que je cherchais. Certains entretiens se sont imposés à moi (certaines secrétaires avaient envisagé notre rencontre de cette manière), mais l'immense majorité de mon temps passé dans des secrétariats à l'hôpital a consisté à m'asseoir à côté des secrétaires (souvent sur de petits tabourets à roulettes) pour discuter avec elles ou simplement les observer au cours de leurs journées de travail, durant un, deux, trois, quatre, cinq jours, selon les secrétariats. Ce choix m'a permis d'éviter, en partie, ce que Jeanne Favret-Saada nomme « la communication ethnographique ordinaire – une communication verbale, volontaire et intentionnelle, visant l'apprentissage d'un système de représentations indigènes » et qui « constitue l'une des variétés les plus pauvres de la communication humaine, [...] particulièrement impropre à fournir de l'information sur les aspects non verbaux et involontaires de l'expérience humaine » (1990, 7). L'observation directe du quotidien des secrétaires médicales m'a ainsi semblé particulièrement utile pour observer cette part d'implicite dans leur travail : ce qu'elles ne verbalisent pas, tant cela leur paraît évident, ou bien peu digne d'intérêt.

Un autre cheminement méthodologique concerne le choix des secrétariats que j'ai pu visiter durant mon enquête et la manière dont ils constituent un échantillon que je qualifierai de « représentatif », pour des raisons peu orthodoxes. Les chiffres que j'ai présentés dans le chapitre 1 montrent évidemment que l'enquête que j'ai mise en œuvre n'est pas, et n'a pas pour objectif d'être représentative de la population des assistantes médico-administratives, et encore moins des secrétaires médicales ou des secrétaires tout court. 36 secrétaires, 12 secrétariats, un seul établissement ne permettent pas de prétendre à une quelconque représentativité. Néanmoins, la manière dont j'ai navigué dans les secrétariats, en me laissant guider par les occasions et les rencontres, me laissent penser qu'une représentation a bel et bien pris naissance dans cette enquête : une représentation située du point de vue des secrétaires médicales. Je me suis appuyée, tout au long de mon enquête, qui s'est étendue de septembre 2023 à juin 2024, sur l'expérience des secrétaires et de leurs encadrantes (qui sont des AMA d'un point de vue statutaire), pour me frayer un chemin. Lorsque j'ai entamé cette enquête, j'ai adressé une demande, par l'intermédiaire d'une « cadre des secrétariats », à l'ensemble des secrétariats du CHU. Les personnes qui ont répondu positivement à ma demande (à savoir venir passer quelques jours avec elles sur leur lieu de travail) ont constitué la base de mon « échantillon », car je savais que je ne pourrais pas visiter tous les secrétariats. Cet échantillon est relativement aléatoire à première vue, reposant sur la bonne volonté de ces professionnelles. Au fur et à mesure des jours, des semaines, des mois passés aux côtés de ces secrétaires, certaines m'ont spontanément orienté vers d'autres collègues

qu'elles pensaient être de « bonnes candidates », soit parce qu'elles allaient bien m'accueillir, soit parce que leur poste était « intéressant » et que j'allais y apprendre de nouvelles choses. Ce travail progressif d'orientation vers de nouveaux secrétariats a également été permis par mes échanges avec des « cadres des secrétariats », c'est à dire les supérieures hiérarchiques des AMA, qui, forte de leur expérience en tant qu'AMA et de leur regard plus « panoramique » sur des grappes de secrétariats, pouvaient facilement me conseiller. Leurs recommandations étaient la plupart du temps basées sur l'originalité de certains postes de secrétariat : elles m'orientaient rarement vers des secrétariats qui remplissaient des missions « standard » (la frappe, la prise de rendez-vous, l'accueil) et préféraient des services où le fonctionnement, les profils des secrétaires, la nature des soins étaient considérés comme complémentaires à ce que j'avais déjà vu (les urgences, la médecine légale, etc.). Par ailleurs, j'ai rapidement constaté que les secrétaires qui m'accueillaient le plus facilement étaient le plus souvent des « anciennes » : elles connaissaient par cœur leur métier, leur poste, leur service, leur hôpital et parfois beaucoup plus que cela. Elles étaient rodées, avaient formé des dizaines de collègues, et avaient beaucoup d'histoires à me raconter. Je n'ai donc jamais été orientée vers des secrétariats perçus comme « ennuyeux » ou vers des secrétaires qui n'étaient pas perçues comme performantes. Etant donné que peu d'enquêtes ont été menées sur ce métier (aucune à ma connaissance dans cet établissement), l'enjeu était d'autant plus fort, cela s'entend, de donner la meilleure image possible du métier.

Mon échantillon « représentatif » ne l'est donc pas tant que cela au regard d'une méthode traditionnelle d'échantillonnage, mais j'ai trouvé beaucoup plus intéressant encore de laisser l'échantillon se faire de lui-même, au fil des rencontres. Ce sont les secrétaires et leurs encadrantes qui m'ont présenté leur métier : dans ce qu'elles m'ont individuellement montré de leurs conditions de travail, mais aussi collectivement en fabriquant cet échantillon de secrétariats.

Les blancs et les vides : ce que l'absence fait à l'enquête

La construction d'un point de vue situé, celui d'une chercheuse et celui des secrétaires médicales, m'a amené à interroger ce qui échappe à ce point de vue : les blancs, les vides, les absences qui traversent toute enquête et qui participent à la compréhension des environnement que j'ai observés.

En 2016, l'artiste Mimi Inuoha dresse une liste de « données manquantes », qu'elle range dans un meuble d'archivage qu'elle nomme The Library of Missing Datasets. L'artiste présente une série de dossiers vides mais dont les étiquettes nous indiquent des jeux de données qui n'ont jamais été constitués, agrégés,

rendus visibles – autant d'indices de ce à quoi nous, en tant que société, accordons de l'importance. Ce meuble incarne un « dépôt physique des choses qui ont été exclues dans une société où tant de choses sont collectées[1] ». D'une certaine manière, cette liste rend visible des « blancs », ou des zones d'ombre dans certaines organisations sociales.

Dans le cadre de mon enquête, j'ai également constaté des blancs, des vides, des manques, des trous, qui m'empêchaient de saisir certains aspects du fonctionnement d'une infrastructure centrale à hôpital : le système d'information hospitalier (SIH). Parmi toutes les personnes qui agissent d'une manière ou d'une autre sur ce SIH, celles dont le titre est officiellement celui d'assistantes médico-administratives (AMA) peinent à rendre visible le travail qu'elles effectuent quotidiennement. Si leur présence s'incarne parfaitement dans nos imaginaires collectifs (voir le chapitre 2), on ne les trouve citées ni dans la littérature scientifique ni dans la littérature grise (voir chapitre 1). Si d'un côté, l'infrastructure – le SIH – est perçue comme une entité uniforme, tentaculaire, qui attire tous les regards dans la presse spécialisée et dans les cabinets ministériels, de l'autre côté, le travail des secrétaires médicales est rarement remarqué, dissimulé derrière ce que Susan Leigh Star nomme « les grands récits », c'est-à-dire « une voix unique » qui « s'exprime, sans en avoir conscience, depuis le cœur présupposé des choses » (2018 [1999]). En s'attelant à décrire le travail des secrétaires médicales, je poursuis l'objectif formulé par cette dernière de « restaurer de la narration là où il ne semble y avoir que des listes mortes » (Star, 2018). Star insiste, dans nombre de ses travaux, sur la nature relationnelle des infrastructures, qui « acquier[en]t [leur] réalité par rapport aux pratiques organisées » (Star, 2018). Invitant à se départir de l'image des « autoroutes de l'information » (2018) que seraient les infrastructures – rectilignes, fluides, sans encombres –, Susan Leigh Star préfère parler d'un « délicat et complexe tissage entre les ressources bureautiques, les routines organisationnelles [et] la mémoire de travail » (2018). Il faudrait alors, plutôt que se réfugier derrière des images techniques rassurantes, aller « en coulisses » pour « débusquer le travail invisible dans les systèmes d'information » (2018).

Néanmoins, avant d'en arriver à ces formes de narration, j'ai rapidement dû évacuer une idole visuelle persistante. Durant les premiers mois de ma recherche, avant même d'arriver « sur le terrain », mon travail s'est rapidement heurté à ce que Jeanne Favret-Saada nomme une mise en péril du projet de connaissance : j'avais rêvé de grandes cartes qui étalent sur une surface plane la circulation des nombreuses données qui traversent un hôpital. Avant de m'intéresser particulièrement aux secrétaires médicales, je m'étais imaginée trouver un

[1] Cette citation est issue du propos de l'artiste à propos de l'oeuvre : Mimi Inuhoa, *The Library of Missing Datasets*, 2016. URL : https://mimionuoha.com/the-library-of-missing-datasets

moyen de rendre « intelligible » le vacarme de la circulation de choses si fragiles et indisciplinées que des données. Puis un jour, je me suis essayée à des exercices de représentation graphique des informations qui circulaient entre les différent·es professionnel·les d'un petit établissement médico-social (en m'appuyant sur des données, relativement éparses, récoltées par mes collègues de l'Anact). Je me suis alors heurtée à une succession de questions : peut-on distinguer des catégories étanches de données – certaines seraient médicales, d'autres administratives, d'autres organisationnelles ? Pourquoi se retrouve-t-on toujours face à des nuages de petits points uniformes pour représenter des informations dont les modes de production et de circulation changent en un claquement de doigt ? Peut-on même envisager de cartographier ce type d'objets ? Où commence et où s'arrête le cheminement de ces données ?

Ces questions ont été posées par les chercheur·euses de nombreuses disciplines cherchant à reconstituer des « data journeys », c'est-à-dire « le mouvement des données depuis leur site de production vers de nombreux autres sites dans lesquels elles sont traitées, mobilisées et réutilisées » (Leonelli et Tempini, 2020, 9). L'étude de ces mouvements permet d'interroger les circonstances « qui affectent l'interprétation des données, qu'elles soient scientifiques, technologiques, politiques et/ou sociales » (Leonelli et Tempini, 2020, 3), en s'inspirant notamment de la notion d'inversion infrastructurelle, formulée par Geoffrey Bowker (1994), qui encourage à « reconnaître les profondeurs de l'interdépendance des réseaux techniques et des normes, d'une part, et le travail réel de la production de connaissances, d'autre part » (Bowker et Star, 1999, 34). En s'intéressant à ce qui conditionne le succès du voyage de certaines données ou bien où s'arrête ce voyage, l'exercice met à mal la prétendue fluidité de la circulation des données dans des infrastructures qui se veulent de plus en plus performantes, comme en atteste Jérôme Denis :

> « Une fois le système convenablement conçu, précisément réglé, clairement défini, détaillé au maximum, l'information pourra circuler de manière parfaitement fluide. Ces entreprises s'appuient sur l'idée d'un langage totalement transparent, univoque, autosuffisant, que les progrès techniques devraient permettre d'atteindre à terme : le travail des données et toutes les opérations impures qu'il implique ne seront plus nécessaires dès lors que l'on sera en mesure de coller parfaitement à la diversité des pratiques et à l'hétérogénéité du réel. » (Denis, 2018, 141)

Ainsi, si je choisis de « suivre » la date de naissance des patient·es d'un hôpital, je me heurte à des questions qui affectent le chemin que je vais emprunter : est-ce que je veux suivre une seule date de naissance (celle de Mme X), et cataloguer tous les endroits où cette date de naissance apparaît, ou bien suis-je plus intéressée par la diversité des problèmes qui se posent à un instant T de la circu-

lation d'une date de naissance ? En m'intéressant à la circulation de données aussi diverses que des dates de naissance, des dates de consultations, des extraits de dossiers médicaux ou la disponibilité d'espaces de travail, je me suis confrontée à une infinité de « parcours » de données possibles et j'ai finalement choisi de suivre, non plus le parcours d'un type de données, mais plutôt le parcours des personnes qui travaillent au quotidien avec ces données.

Quelques mois après cette première expérience de représentation graphique du « parcours des données », je suis entrée pour la première fois dans un secrétariat hospitalier. En quelques jours, j'ai été engloutie par une masse d'informations qu'il m'était encore difficile de traiter. Il est bientôt devenu irréaliste d'envisager de suivre ce que j'avais identifié comme des « données médico-administratives » au-delà de l'espace du secrétariat, dans les bureaux des médecins, des infirmières, dans les locaux de la direction de l'information médicale ou encore de la direction des systèmes d'information. Aux raisons pratiques de l'enquête se sont également ajoutées des raisons scientifiques : il existe déjà une littérature riche sur le travail administratif des professions médicales (Garfinkel 1967 ; Berg ; 1997 ; Bossen, 2019 ; Strauss, 1985 ; Grosjean et Lacoste, 1998), face à laquelle la littérature sur les secrétaires médicales faisait pâle figure (Cicourel, 2002 ; Bossen et al, 2012 ; Avril, 2019 ; Lewkowicz et Plegat, 2025). J'ai donc posé définitivement mes valises dans les secrétariats.

Après 10 mois d'enquête, j'ai enfin pu contempler mes piles de carnets de notes, de documents récupérés à droite et à gauche, et des dossiers remplis de photographies réalisées avec mon Iphone XS. En commençant à les ranger et les organiser, j'ai constaté de nombreux trous dans les informations que j'avais récoltées, des blancs qui m'empêchaient de comprendre, et de faire sens de certaines manières de traiter l'information à l'hôpital. Force était de constater que le point de vue que j'avais adopté durant mon enquête était incomplet, non seulement car j'avais pu passer à côté d'informations importantes mais aussi parce que les secrétaires médicales ne me permettaient d'avoir accès qu'à une compréhension parcellaire du « parcours des données » à l'hôpital.

Je me suis alors interrogée sur la place de ces « blancs » et de ces « vides » dans mon travail de recherche : que signifiaient-ils ? Etaient-ils, en négatif, de nouvelles informations précieuses ? John Law donne des pistes de réflexion pour appréhender ces questions : ce qu'il nomme « des silences et des signaux » (Law, 2004, 110) permet d'établir des différences et des similitudes entre différentes informations, situations, interactions, environnements. En réhabilitant le « désordre » comme une dimension inhérente, et même souhaitable, à toute forme de recherche en sciences sociales, il rappelle que le travail scientifique consiste pour bonne partie à apprendre à se repérer dans le « bruit » des masses de données qui nous parviennent. Ces silences et ces signaux peuvent « se re-

joindre, s'inclure, s'ignorer, s'annuler, se contredire ou se taire » et « être rendues présents (ou non) sous la forme de textes, d'inscriptions, de corps, de compétences, d'instruments, de sensibilités, d'architectures, de fantômes, d'esprits et d'anges – et de toutes les autres matérialités que l'on peut imaginer » (Law, 2004, 117). En m'éloignant un moment des signaux que j'avais commencé à dessiner à partir des données de mon enquête, j'avais commencé à faire bourdonner les données qui étaient absentes, et qui devaient m'éclairer sur la place des secrétaires médicales et de leur travail quotidien dans le vrombissement continu d'une infrastructure qui s'étend bien au-delà des petits espaces morcelés que sont les secrétariats. Ainsi, deux types de blancs se révélaient à moi lorsque je me penchais sur mon bureau couvert de notes et de documents : en premier lieu, le travail des secrétaires, que j'avais documenté durant des mois, constituait un « blanc » à la fois dans la littérature scientifique sur le travail des données et plus largement le travail à l'hôpital mais aussi dans la littérature grise qui rendait compte de vastes projets politiques de « numérisation » de la santé. Un premier blanc que je tentais de combler donc. Le deuxième blanc qui s'imposait à moi était en réalité un archipel de blancs qui s'étaient glissé au cœur de ma documentation : que se passe-t-il avant qu'une secrétaire ne reçoive un enregistrement audio à retranscrire ? Qui a conçu la charte graphique de l'hôpital ? Quelles sont les règles concernant les consultations privées dont s'occupent les secrétaires médicales employées par l'hôpital public ? Répondre à ces questions demande un investissement plus ou moins grand (passer un coup de fil ou bien « ouvrir un nouveau terrain »), et j'ai choisi de limiter le périmètre de mon action aux secrétariats hospitaliers.

Enfin, alors que j'accepte la possibilité des « blancs » de mon enquête, je découvre une littérature passionnante sur les blancs des cartes et une critique des procédés visant à remplir ces blancs, à grand renfort de données et de lignes. Par exemple, en 2007, l'écrivain Philippe Vasset se donne pour objectif d'explorer et d'écrire les « zones blanches » de la carte n° 2314 OT de l'IGN, qui comprend Paris et sa banlieue. Dans *Un livre blanc : récits avec cartes* (2007), « son récit débute justement là où la carte se heurte au non représentable, reste obtuse, muette. Le texte se déploie ainsi dans le vide laissé par la carte » (Porfido, 2015). Avec ses récits, il propose une voie alternative aux silences laissés par la carte, des silences nécessaires pour mettre en valeur d'autres éléments, jugés plus importants. Dans ces blancs de la carte, les signes ont échoué à décrire « le précaire, le fugace et bien sûr les traces les plus diverses des activités humaines » car ils désignent habituellement des éléments durables, permanents du paysage (Porfido, 2015). Cet exercice littéraire sur le blanc des cartes préfigure la réflexion plus contemporaine des géographes Matthieu Noucher et Sylvain Genevois, qui proposent un atlas qui met en lumière une variété de « blancs » que l'on peut retrouver sur des cartes « qu'ils résultent d'une absence réelle de

données, d'un oubli, d'une incommensurabilité ou d'une invisibilisation voulue, subie ou consciente » (Noucher et Genevois, 2024, 22). Partant du principe que « le blanc des cartes est ainsi inhérent au processus même de fabrique de la carte » (*ibid.*, 10) car le vide permet de mettre en avant le plein, ils accusent les pratiques cartographiques contemporaines d'accélérer un mouvement amorcé depuis bien longtemps : les cartes ont tendance à feindre « d'ignorer l'absence de données en privilégiant des visualisation continues grâce à des jeux d'interpolation et d'extrapolation opaques » (*ibid.*, 119). Ce que le géographe Brian Harley nomme le silence des cartes (Harley, 1992) renvoie à la définition de Dennis Wood de la carte : ces dernières travaillent à « rendre présentes – à représenter » (Wood, 1992, 1) les intérêts qu'elles servent (c'est-à-dire le point de vue du cartographe ou de ses commanditaires). Les cartes ne fonctionnent que parce que nous opérons des choix de mots, de signes, de points de vue, pour rendre visible « l'invisible, l'inatteignable ou l'effaçable, le futur ou le passé, ce qui n'est pas là, présent à nos sens, maintenant » (*ibid.*, 5). Les cartes ne nous permettent ainsi jamais « de voir quoi que ce soit, mais elle nous permet de savoir ce que d'autres ont vu » (*ibid.*, 7). Ce que Dennis Wood décrit comme une « corne d'abondance d'images du monde » est avant tout l'accumulation matérielle et souvent éphémère de points de vues, d'idées, de projets, produits depuis des siècles, et qui reposent en premier lieu sur des blancs, des vides, et des jeux de transparence. Si les pratiques cartographiques s'agrègent aujourd'hui principalement via des outils numériques, permettant de produire des représentations basées sur de grands jeux de données, d'autres formes de cartographies, alternatives, critiques, expérimentales se sont déployées, notamment depuis les années 1970 avec les travaux pionniers de la cartographie radicale de John Brian Harley, David Harvey, ou William Bunge. La géographe Elise Olmedo s'inscrit dans ce courant en proposant des « cartes sensibles » permettant de représenter « l'espace vécu » de femmes vivant dans un quartier défavorisé de Marrakech. En utilisant différents types de tissus et de fils, elle tisse les déplacements quotidiens de ces femmes et les émotions associés aux micro-espaces traversés. Ici, les blancs sont complètement assumés – les cartes reposent sur des raccourcis spatiaux et des formes schématiques bien loin des plans habituels de la ville de Marrakech.

Pour parvenir aux représentations qui maillent ce travail de recherche, j'ai ainsi rapidement nuancé mon attrait pour des formes cartographiques relativement fascinantes qui, si elles ne sont pas dénuées d'intérêt, restent selon moi à la surface des réalités, techniques et relationnelles, des infrastructures. Des travaux comme *Anatomy of an AI System*, de Kate Crawford et Vladan Joker (2019) ou encore *Cartography of generative AI* du collectif Estampa (2024) sont autant d'images envoûtantes qui cherchent à produire des représentations encyclopédiques des infrastructures et du travail dont elles dépendent. Pour construire de

telles cartographies, il faut s'employer à suivre des choses – des données notamment –, dans une succession de transformations qui demandent un temps et des moyens que je n'avais pas durant mes recherches. Je me suis donc employée à produire des représentations du travail des secrétaires médicales qui embrassent les blancs qui maillent mon enquête, et à utiliser ces derniers non pas comme une limite de l'enquête mais comme un éclairage sur les différents points de vues qui composent une infrastructure telle qu'un système d'information hospitalier : le blanc est toujours la soustraction d'un point de vue par un autre.

Observer, décrire, dessiner et (re)copier : traduire l'enquête ethnographique

J'ai expliqué la manière dont ce travail de recherche s'était rapidement ramifié autour du point de vue des secrétaires médicales sur l'infrastructure qu'elles travaillent au quotidien – mais aussi du mien en tant que chercheuse. Suivant de près les ambitions de Dorothy Smith pour une « ethnographie institutionnelle » permettant de tracer des lignes entre les problèmes concrets des gens et les relations de pouvoir qui structurent ces problèmes, je me suis lancée dans une ethnographie, que je n'ai pas tout de suite nommée de cette façon, et qui répondait en premier lieu à une intuition personnelle : pour comprendre ce qui se joue dans ce métier, il fallait s'approcher le plus près possible (et le plus longtemps possible) de leur quotidien, sans chercher à proposer un cadre rigide à cette rencontre. J'ai déjà exposé quelques-uns des enjeux liés à la structuration de cette enquête ethnographique dans ce chapitre, et je voudrais revenir ici sur deux autres spécificités de cette enquête : la mise en place d'une forme d'inventivité dans l'enquête et l'usage du dessin dans ce processus.

Ce que l'on nomme communément l'ethnographie, l'observation participante ou bien simplement le « travail de terrain » (au prix de nombreux débats sur la légitimité de chaque terme : Peneff, 2009 ; Favret-Saada, 1990) s'est rapidement imposée comme la meilleure méthode pour enquêter sur le travail des secrétaires médicales. Ce que j'ai entrepris de faire est définie par Jean Peneff comme une forme d'observation participante : « le sociologue sort de son bureau, se mêle à la vie ordinaire et intervient dans le concert des rôles sociaux pour obtenir les éléments d'un savoir qu'il rapporte à ses lecteurs » (Peneff, 2009). Le sociologue insiste sur ce que permet l'immersion inhérente à cette méthode : « la richesse de cette méthode découle du fait que le sociologue incorpore des savoirs au moment où il se met en porte-à-faux avec lui-même, au cours d'un déchirement dont il doit sortir indemne » (Peneff, 2009). J'ai peu lu sur les enjeux de cette méthode en amont de cette enquête, et me suis reposée sur une forme d'in-

tuition qu'il m'est aujourd'hui possible de justifier et de contextualiser dans une littérature critique de la normalisation des méthodes d'enquête en sciences sociales. John Law décrit ainsi les espoirs que les chercheur·euses mettent dans les méthodes telles qu'elles sont établies et canonisées dans chaque disciplines :

> « La méthode, telle que nous l'imaginons habituellement, est un système qui offre des garanties plus ou moins bancables. Elle espère nous guider plus ou moins rapidement et sûrement vers notre destination, une destination qui est supposée être la connaissance des processus à l'œuvre dans un monde unique. Elle espère limiter les risques que nous encourons en chemin » (Law, 2004, 9).

Howard Becker explique également ses réticences vis-à-vis des méthodes toutes faites et des plans tous tracés :

> « Elles ne donnent pas assez d'importance aux éléments de la situation qui caractérisent notre travail, pas assez de place aux facteurs qui ne relèvent pas de la logique de recherche, contrairement aux analyses faites par des esprits formés philosophiquement. Ils ne voient pas que notre travail trouve une concrétisation dans le monde réel, que ce dernier affecte constamment ce que nous faisons, la manière dont nous le faisons et ce à quoi nous aboutissons » (Becker dans : Peneff, 2009)

L'ethnographie s'avère à cet égard particulièrement résistance à « ce que nous appelons la méthode – un cadre qui étouffe et invisibilise toute trace de créativité » (Sanchez Criado et Estalella, 2023, 15). Jean Peneff revendique ainsi une certaine part de hasard dans les enquêtes ethnographiques qu'il a mené durant sa carrière, décrivant des « terrains [qui] ont été faits au pif, à l'envie, à l'occasion » (Peneff, 2021). Jeanne Favret-Saada a quant à elle accepté d'être « prise », « affectée » par son terrain, ce qui supposait une forme de lâcher-prise et d'improvisation dans la manière de rencontrer, pour ce qui la concerne, les pratiques de sorcellerie dans le Bocage des années 1970. Ces approches s'incarnent aujourd'hui dans un courant de pensée, particulièrement ancré dans les STS mais aussi dans l'anthropologie, valorisant des méthodes « inventives » (Lury & Wakeford, 2013 ; Sanchez Criado et Estalella, 2023), qui reprennent une préoccupation majeure de Dorothy Smith : une enquête devrait toujours partir « des questions, des préoccupations ou des problèmes qui sont réels pour les gens et qui se situent dans leurs relations avec un ordre institutionnel » (Smith, 2006, 46). Pour conserver une certaine flexibilité face « au désordre et à la confusion » (Law, 2004, 2) propre à toute investigation, Celia Lury et Wakeford soutiennent qu'une méthode d'enquête devrait toujours être capable de s'adapter afin d'être pertinente pour le « problème » étudié (Lury & Wakeford, 2013, 18). Cette capacité d'adaptation repose sur une inventivité qui n'a rien à voir avec

l'innovation ou la nouveauté, mais renvoie plutôt à la capacité de mobiliser les moyens les plus finement adaptés à une situation donnée. La notion d'inventivité est ici à comprendre comme une compétence que l'on retrouve dans les situations banales de la vie quotidienne, et non pas comme une compétence associée à une figure romantique et individuelle d'artiste ou de « créatif » (Sanchez Criado et Estalella, 2023, 21). Aline Caillet parle ainsi de l'intelligence contextuelle de l'enquêteur dont la créativité « ne relève pas d'une compétence – innée ou acquise, peu importe – que l'individu possèderait et qui établirait une ligne de partage, plus ou moins définitive, entre les créatifs et les non-créatifs, mais de l'agir. Elle ne s'appuie pas sur un savoir-faire (techne) mais sur un savoir-être ou savoir-agir (hexis) » (Caillet, 2019, 63). Pour Roy Wagner, l'activité des anthropologues est aussi inventive que celle des mondes sociaux qu'ils étudient, et l'inventivité des premier·ères s'appuie sur celle des second·es : « les anthropologues ne découvraient pas les cultures qu'ils étudiaient, mais ils les inventaient » (Wagner, 2016 [1981]). Se joue alors une véritable « rencontre ethnographique », que Georges Marcus définit par « l'imprévisibilité essentielle du travail sur le terrain, son irrégularité vertueuse et sa résistance aux idées standard sur la conception et la méthodologie de la recherche en sciences sociales » (Marcus 2009, 23). Ces rencontres impliquent de « multiples agencements, interventions matérielles, arrangements spatiaux et dispositions sensorielles » (Sanchez Criado et Estalella, 2023, 15) qui ne sont pas neutres. Les méthodes inventives ont pour point commun de ne pas seulement chercher à étudier le monde social, mais à s'y engager pleinement (Lury et Wakeford, 2013, 21). Cet engagement oblige à « reconnaître que nous sommes in medias res, au milieu des choses » (Lury et Wakeford, 2013, 34) et à questionner « les matériaux et les médias de la recherche [qui] sont également des agents – ils ont un pouvoir – dans le processus de recherche » (Lury et Wakeford, 2013, 33). L'enquête repose alors sur une variété de « choses » qui sont tantôt des objets, des instruments de la recherche ou bien les deux à la fois – des piments et des boules de bowling ; des médias, tels que des i-docs, des documents et des podcasts ; des matériaux, tels que la cire et le plastique ; des pratiques, telles que le tricot, l'archivage par crowdsourcing, l'activisme ; et ce que l'on pourrait appeler des entités vivantes avec, par exemple, un chien, des plantes ou des fantômes, des sentiments et des participants humains (Coleman *et al.*, 2024, 20). Cette richesse matérielle appelle à « inventer » des modes de description plus étendus tel que Les Back nous y invite en plaidant pour :

> « une extension de la gamme, de la texture et de la qualité de ce qui est considéré comme une pratique de représentation et d'écriture académique. Je veux plaider pour une sensibilité plus littéraire à l'intérieur de la vocation de recherche, mais aussi pour l'extension de la forme sociologique en embrassant le multimédia (son, image et texte) » (Back, 2012).

L'extension de cette gamme d'objets de description repose notamment sur deux registres : celui de la production visuelle et celui de la production graphique. Tandis que Sarah Pink, dans la lignée de l'anthropologie visuelle, retrace les enjeux de la production audiovisuelle (2022), Tim Ingold souligne le caractère radicalement différent de la production d'images « pleines » telles que la peinture de paysages ou la photographie et d'images « creuses » ou du moins incomplètes qui s'incarnent dans le dessin. Le dessin, défini comme « un mouvement linéaire qui laisse une impression ou une trace d'un type ou d'un autre » (Ingold, 2016, 2) devient une manière de traiter également « toutes les formes de tracé, de l'écriture manuelle au croquis dessiné » (Ingold, 2016, 17). Il ne s'agit plus tant de mettre dos à dos le texte et l'image mais plusieurs régimes de description : George Marcus et Michael J. Fischer affirment ainsi dès 1986 que « les textes anthropologiques ne sont pas simplement des représentations transparentes mais des récits construits, truffés d'artifices rhétoriques » (Sanchez Criado et Estalella, 2023, 3). Tim Ingold leur emboîte le pas en constatant que la part « graphique » de l'ethnographie a toujours été liée à l'écriture plutôt qu'au dessin (Ingold, 2022, 241), et que les images sont, plus souvent que le texte, jugées de « séduisantes, éblouissantes, trompeuses et illusoires » (Grimshaw, 2001, 5). Il interroge, textes et images confondus, la volonté de produire des images totales plutôt que de tracer des lignes :

> « Qu'il s'agisse d'un texte ou d'une image, la surface qu'il recouvre représente la surface du monde vivant. Le dessin, cependant, subvertit les hypothèses qui sous-tendent la polarité du texte et de l'image. Ses lignes ne se solidifient pas en images et ne se composent pas non plus dans les formes verbales statiques du texte imprimé. Elles ne capturent pas le monde dans sa totalité et ne le restituent pas au spectateur ou au lecteur. Elles sont plutôt portées vers l'avant, en temps réel, de concert avec les mouvements du monde en devenir, dans une relation toujours renouvelée entre les yeux observateurs, les mains qui font des gestes et leur trace descriptive » (Ingold, 2022, 244)

Le dessin n'est certes pas nouveau, comme le rappellent Sanchez Criado et Estalella en citant les travaux d'Alfred Cort Haddon, Arthur Bernard Deacon, ou Claude Lévi-Strauss (2023, 22), mais il peut être perçu à la fois comme une technique conventionnelle ou une approche inventive, en fonction de la manière dont il est articulé au regard ethnographique. Ce que propose Tim Ingold n'est donc pas tant une proposition technique (dessiner) que méthodologique (la ligne comme méthode de description) : « Il s'agit du potentiel du dessin comme moyen de décrire les vies que nous observons et auxquelles nous participons, à la fois en mouvement et au repos, dans ce que l'on appelle parfois la "rencontre ethnographique". » (Ingold, 2022, 240).

On retrouve les lignes qui intéressent tant Tim Ingold et permettent selon lui de « faire, observer et décrire » (Ingold, 2016, 2) chez Joseph Dumit lorsqu'il invite ses étudiant·es à « tirer les fils » qui constituent les histoires incorporées dans une variété de choses, « qu'il s'agisse d'un mouvement social, d'un nom, d'un groupement, d'un ensemble d'actions ou d'un processus sous la forme d'une chose, d'un grain de riz, d'une souris, d'un tapis de souris, d'une publicité sur une souris, de vous, d'un fait de vie, d'un livre, d'une statistique, d'un événement, d'une histoire » (Dumit, 2014, 350). Il s'inspire de Donna Haraway, qui souligne que chacun de ces objets « peut – et souvent devrait – être ouvert pour montrer les fils économiques, techniques, politiques, organiques, historiques, mythiques et textuels qui constituent ses tissus » (Haraway, 1997, 68). Les lignes de Tim Ingold rencontrent donc celles de Donna Haraway et Joseph Dumit en un point essentiel : la matière, les objets, les choses. En cela, le dessin n'est pas l'unique médium permettant de tracer des lignes et de raconter des histoires nichées au cœur des objets.

Nicolas Nova et Josiane Lechot Hirt soulignent à ce titre la pertinence des approches de la recherche par le design pour « inventer des formes et assemblages en jouant avec la matérialité et ses propriétés pour proposer des descriptions riches de multiples phénomènes ; autrement dit, de créer des formes plastiques adressées à un usager, dans un but pratique tel que percevoir, lire, comparer, expérimenter » (Nova et Léchot Hirt, 2019, 10). Ces modes de description permettent par exemple de capturer un mouvement, des gestes ou de visualiser l'invisibilité des techniques, en utilisant des installations, des combinaisons de photographies ou de croquis, des objets à l'état de maquettes fonctionnelles, des montages vidéo ou encore des livrets mariant texte et contenu visuel (Nova et Léchot Hirt, 2019, 9). Ces modes de descriptions rendent compte de ce que Nigel Cross nomme une « designerly ways of knowing » (Cross, 2007) ou que Julian Bleecker conjugue en un seul mouvement : « observe-make-think-with-material-at-one-time» (Nova, 2014, 62). Deborah Lupton utilise le terme de « design sociology » pour décrire des approches similaires qui croisent les pratiques du design et des sciences sociales, autour d'un intérêt commun porté aux pratiques et aux objets. Les formes de description qui résultent de telles associations s'inscrivent selon elle dans la « live sociology » de Les Back : « L'une des contributions les plus fortes que la design sociology peut apporter est d'inspirer une pensée créative non seulement pour les sociologues, mais aussi pour les personnes, les groupes ou les organisations en dehors du monde universitaire qui participent à leurs recherches, en développant les multiples points de vue, les nouvelles façons de raconter et de montrer, et les réponses imaginatives auxquelles Back se réfère dans sa vision de la "sociologie vivante" » (Lupton, 2017, 6).

Ce dernier point me permet de mentionner à nouveau Dorothy Smith et les ambitions de son ethnographie institutionnelle, dont je me saisie aussi dans ce travail : rendre le travail de recherche « accessible et utilisable, tout comme l'est une carte bien faite, par ceux qui se trouvent sur le terrain qu'elle cartographie » (Smith, 2006, 43). Ainsi, mon travail de recherche aborde l'exercice de la description d'une manière singulière, bien qu'elle s'inscrive dans un ensemble de pratiques et de réflexions antérieures (les méthodes inventives et la pratique du dessin). Ces lignes sont à la fois textuelles et visuelles, participant d'une production graphique protéiforme.

Ces productions sont le fruit d'une certaine inventivité qui s'est manifestée « sur le tas », au cours de mon enquête. L'intuition qui a motivé cette enquête, s'est avérée faire écho aux réflexions portées par Dorothy Smith puis par les porteurs des « méthodes inventives » (Lury & Wakeford, 2013 ; Coleman, 2023 ; Sanchez Criado et Estalella, 2023) : les méthodes de recherches doivent en premier lieu permet de (re)poser les questions de recherche et adopter une posture adaptée à chaque situation, impliquant une part importante d'improvisation et d'adaptations qui peuvent « mettre en péril le projet de connaissance » (Favret-Saada, 1990). Cette mise en péril s'est matérialisée, comme je l'ai expliqué précédemment, par la mise au rebut d'une idole visuelle (la « cartographie des données »).

Mon cheminement avec les « blancs » et les « vides » de mon enquête m'ont amené à me saisir d'une pratique très présente dans les secrétariats : la copie, ou plus exactement la reproduction. Pratique qui trouve un certain écho dans une phrase de l'écrivaine Gertrude Stein :

> « J'ai toujours dit que vous ne pouviez jamais savoir ce qu'un tableau était vraiment, ou ce qu'un objet était vraiment, à moins que vous ayez à l'épousseter tous les jours, et vous ne pouvez pas dire ce qu'est un livre à moins d'avoir à le taper à la machine ou d'en corriger des épreuves. Cela induit en vous quelque chose que jamais ne peut produire la simple lecture » (Gertrude Stein, citée dans : Goldsmith, 2018.)

En voulant dépasser la simple lecture des images que j'avais capturées des secrétariats, je me suis intéressée au dessin comme une pratique de relecture, de copie, de transcription de ce que j'avais observé durant mon enquête. Le travail du peintre Laurent Proux est assez parlant à cet égard : il « rejoue » par la peinture (Proux et Bézy, 2023) des photographies d'usines automobiles ou de call-centers – des lieux rendus invisibles « parce qu'il y a trop de choses à voir, trop de fils, de câbles, de petits problèmes qui ont été réglés les uns après les autres pour réparer une situation » (*ibid.*). Pour proposer une lecture de ce type d'espace saturés, il utilise d'abord la photographie comme « une liste de

courses » permettant d'énumérer tout ce qui se trouve dans l'espace. Puis, il imprime les photographies en noir et blanc et y dessine des zones colorées afin de mieux comprendre l'espace qu'il regarde. Grâce à ces guides, il peint ensuite, dans un style que l'on qualifie de « réaliste » des espaces dont il souligne, exagère, met en lumière certains détails qu'il juge importants : par exemple, les traces grises sur des marches en bois, qui correspondent probablement aux traces répétées de semelles de chaussures des ouvrier·ères. Cette trace est rendue visible sur le tableau car elle témoigne du travail de ces dernier·ères et de l'usage des lieux. En utilisant un procédé similaire de dessin d'après photographie, j'ai donc cherché à m'éloigner d'une quelconque « illusion de la transparence de l'image » (Meyer et Papinot, 2017), que l'on associe souvent à la photographie, et proposer une interprétation explicitement située du travail. La pratique du dessin à postériori de l'enquête est alors un moyen de redonner corps à la mémoire des situations observées quelques jours, mois ou années auparavant. En redessinant patiemment chaque ligne d'un planning ou d'un épais dossier, on redécouvre ces objets dans leurs détails les plus fins, souvent invisibles au premier coup d'oeil : une rubrique dans un tableau, un bouton sur un clavier de téléphone, ou bien la posture d'une secrétaire sur sa chaise. La pratique du dessin à postériori est une pratique longue, chronophage, parfois ennuyeuse. Réalisés sur une tablette numérique, j'ai placé pour chaque dessin la photographie originale en transparence, pour en retracer les traits qui me semblaient utiles pour comprendre un espace, un objet ou un geste particulier. Faire le tri, en somme, entre les ombres, les accumulations, les zones floues des photographies originales, et ainsi renouveler son regard sur les objets de l'enquête.

Cette pratique de la copie comme pratique artistique renvoie à la poésie objective de Kenneth Goldsmith ou Franck Leibovici. Le premier revendique la copie comme une pratique d'écriture, et décrit ainsi sa pratique :

> « Au cours des dix dernières années, ma pratique s'est résumée à la simple réécriture de textes existants. [...] Le simple fait de déplacer des informations d'un endroit à un autre constitue aujourd'hui un acte culturel important en soi. Je pense qu'il est juste de dire que la plupart d'entre nous passent des heures chaque jour à déplacer du contenu dans différents contenants ? Certains d'entre nous appellent cela écrire » (Kenneth Goldsmith, dans : Leibovici, 2020, 30)

Ce qu'il nomme une « écriture sans écriture » repose sur des gestes qui n'appartiennent traditionnellement pas à la littérature – faire défiler des pages à toute allure, poser des signets, transférer des passages ou des fichiers entiers, spammer, stocker, effacer, copier-coller, etc. –, et qu'il décide de contourner pour célébrer « les rythmes merveilleux de la répétition, le spectacle du banal recontextualisé en littérature » (*ibid.*, 12). Pour Franck Leibovici, cet art de la copie est

plus précisément lié à la capacité de recontextualiser des textes ou des images existants (Leibovici, 2020, 9). Ainsi, il existe une multiplicité de pratiques permettant de « transformer un objet tout en le laissant intouché » (*ibid.*, 19). La mienne repose sur une forme de dessin qui s'emploie à manipuler différents éléments qui constituent l'écosystème visuel des secrétariats (voir chapitre 5) : des documents bien sûr, que je scanne, recadre, découpe, multiplie, dont je supprime le fond blanc, exporte en .png, .pdf, .jpeg, mais aussi de tous les objets qui participent du travail administratif qui consiste à manipuler ces mêmes documents.

Ce manuscrit sera ainsi maillé de productions graphiques de différentes natures – des schémas, des cartes, des dessins, des compositions d'images – qui font partie intégrante du processus de description du travail des secrétaires médicales. Ces productions rendent compte d'un point de vue – celui d'une chercheuse sur une forme de travail en particulier –, en prenant appui sur les « blancs » qui traversent cette enquête.

S'appuyant sur un état de l'art interdisciplinaire, ce chapitre a pour objectif de contextualiser les injonctions passées et actuelles à la « dématérialisation » qui reconfigurent le travail administratif. Tandis que les discours institutionnels révèlent une rhétorique de l'évidence technologique, fondée sur la promesse d'efficience et de simplification, se dessine derrière le projet du « zéro papier », une transformation des pratiques et hiérarchies professionnelles à l'hôpital : l e travail de saisie, longtemps dévolu aux secrétaires (médicales), est redistribué, fractionné ou effacé, tout en demeurant indispensable à la production et à la circulation des données hospitalières. Ce contexte posé, le chapitre ébauche l'approche théorique que j'ai adoptée pour étudier ces enjeux : une approche qui se veut d'abord matérielle – étudier les objets pour mieux comprendre le travail médico-administratif – et qui questionne les formes de « soin » qui traversent le « travail des données », et plus particulièrement les activités du secrétariat. Cet intérêt croisé et complémentaire pour la matérielle du travail et les attentions qu'il demandent permettent de contribuer à une critique des politiques promettant désormais un hôpital « zéro-saisie ».

Chapitre 4

Du zéro-papier au zéro-saisie.

La « dématérialisation » du travail médico-administratif à l'hôpital

La « dématérialisation » comme promesse technique

La promesse de « l'hôpital zéro-papier »

Lors d'un entretien avec un infirmier, que j'ai décrit dans le prologue de ce manuscrit, j'ai découvert un concept qui promet de révolutionner le monde de la santé : une manière d'envisager les soins qui transformerait l'organisation des hôpitaux et surtout ... qui libérerait du temps pour les soignant·es englués dans la paperasse. Cette idée, cet infirmier la nomme le « zéro-saisie » – traduction du *zero data entry*, une marque déposée le 2 août 2024 par la société Simplified Clinical[1]. Cet écho au projet babylonien du « zéro-papier », qui hante la plupart des organisations depuis plusieurs décennies, s'inscrit dans un projet plus large visant à produire des « données ambiantes[2] ». Ces concepts – le zéro-papier, puis le zéro-saisie – séduisent les professionnel·les de santé, sur le papier, du moins. Car on comprend rapidement, lorsqu'on étudie les hôpitaux, qu'il est plus difficile qu'il n'y paraît de faire disparaître les documents qui s'empilent dans des bureaux toujours trop petits. Pourtant, la promesse, fréquemment actualisée, du « zéro papier » a permis de mettre au pas des avancées technologiques l'ensemble des établissements de santé français, avec le programme « hôpital numérique » déployé en 2012. En 2023, lorsque je passe la porte d'un CHU pour y observer le travail de secrétaires médicales, le logiciel utilisé comme dossier patient informatisé est bel et bien omniprésent dans le travail quotidien. Pourtant les documents s'empilent toujours sur les bureaux. L'hôpital zéro-papier n'a pas eu lieu. Alors que faire d'un « zéro-saisie » promettant aux médecins et aux infirmier·ères qu'ils et elles n'auront plus jamais à toucher à un stylo ni à un clavier d'ordinateur ?

Le travail médico-administratif que j'ai étudié tend ainsi à être perçu par le prisme d'un « idéal de mécanisation qui se fonde sur une définition très restrictive de l'information écrite, appréhendée comme transparente et automatisable » (Denis, 2018, 96). L'informatisation, qui sera plus tard rebaptisée « dématérialisation » tant le processus devant nous mener à un « hôpital zéro papier » se fait long, est porteuse de nombreux espoirs dans les années 1970 et 1980 : le rapport Nora-Minc (1979) prédit un usage de l'informatique dans des

---

[1] « Simplified Clinical Accelerates Towards Zero Data Entry (ZDE)™ with FHIR Integration », disponible sur : https://www.simplifiedclinical.com/simplified-clinical-accelerates-towards-zero-data-entry-with-fhir-integration/

[2] La notion de « donnée ambiante » est présente dans de nombreux articles de presse : Bill Siwicki, « Chicago's Rush rolls out ambient AI after successful pilot », *Healthcare IT News*, 16 avril 2025 ; Andrea Pacetti et Joe Milicia, « Cleveland Clinic Announces Rollout of Ambience Healthcare's AI Platform », *Cleveland Clinic*, 19 février 2025 ; Anthony Vecchione, « DeepScribe partners with Flatiron Health on oncology-focused ambient AI », *mobi health news*, 24 janvier 2025 ; Matt Pappy, « How ambient AI is transforming hospital medicine », *National Rural Health Association (NRHA)*, 2 février 2025. Elle est également présente dans le nom de certaines entreprises comme « Ambience Healthcare », fondée en 2020 par Mike Ng et Nikhil Buduma, à San Francisco, aux États-Unis.

activités aussi nombreuses que la gestion administrative, le dossier médical informatisé, les processus techniques liés aux analyses biologiques et les explorations fonctionnelles, l'aide à la décision, les statistiques ou encore l'enseignement et la documentation. L'informatique permettrait notamment de libérer les médecins « de tâches subalternes ou triviales » (*ibid.*, 762), bien que ces dernier·ères alertent sur le dangereux glissement des tâches vers les fonctions d'auxiliaires médicaux : « chaque décision en médecine est le fruit de l'intégration d'un très large éventail de données qui ne peuvent être convenablement traitées qu'à partir d'une érudition très large à laquelle seuls les médecins ont été préparés. » (*ibid.*, 763).

Cet idéal de l'informatisation résiste pourtant mal aux pratiques réelles de la gestion de l'information à l'hôpital. Lorsqu'elles sont confrontées à l'informatisation des systèmes d'information, les professionnel·les sont prié·es d'utiliser des documents et formulaires électroniques dont ils ne parviennent pas toujours à faire coïncider les usages précédemment construits avec des documents en papier (Harper *et al.*, 1997). Les doublons se multiplient et la version électronique fait souvent office d'archive tandis que le papier reste l'outil de coordination de référence : « la saisie électronique de l'information ne fait que ressusciter le document après sa "mort organisationnelle" » (*ibid.*, 6).

Matérialité du travail des ouvrier·ères et des employé·es

Il est intéressant de noter que la matérialité du travail a été au XIXe siècle un élément clé de distinction entre le travail des employé·es et celui des ouvrier·ères. Cette distinction repose sur une opposition fondatrice entre matérialité et immatérialité des tâches qui structure durablement les représentations sociales du travail. Maurice Halbwachs rappelle à ce titre que « doivent être qualifiés de commis ou employés tous les auxiliaires du commerce et de l'industrie qui, bien que placés par leur contrat sous la dépendance du patron, sont préposés à des travaux présentant un caractère d'ordre plutôt intellectuel que matériel » (Halbwachs, cité dans : Gardey, 2001, 20). Cette définition juridique et statistique, adoptée dès 1851 en France, institue une fracture au sein du salariat, longtemps considérée comme évidente et peu interrogée, alors que les autres différenciations sociales entre salarié·es ne seront prises en compte qu'à partir du recensement de 1946. Fondée sur un héritage intellectuel occidental opposant activité physique et activité intellectuelle, cette hiérarchie des formes de travail imprègne même la tradition marxiste, où « le statut d'employé y est pensé en contraste avec la condition ouvrière caractérisée par un type de travail régi par la machine et la matière » (*ibid.*, 21). Maurice Halbwachs illustre cette frontière mouvante en signalant que certain·es employé·es sont « à demi dans la classe ou-

vrière », notamment ceux dont les tâches quotidiennes impliquent une manipulation répétée d'objets physiques : paquets, pièces de monnaie, viande. Ce sont les objets eux-mêmes – leur présence visible, tangible, manipulable – qui « prolétarisent » ces employé·es en les rapprochant de la matérialité jugée avilissante du travail ouvrier. Halbwachs propose ainsi une distinction plus subtile, fondée non sur la technique mais sur la nature de la matière travaillée : les ouvrier·ères agissent sur la matière brute, les employé·ères sur ce qu'il nomme une « humanité matérialisée » (*ibid.*, 22), forme plus abstraite ou indirecte de la matière sociale. Ainsi, « l'immatérialité » des opérations menées devient un critère de distinction, même lorsque le geste reste technique (*ibid.*, 22). Ces divisions historiques sont à resituer dans un contexte contemporain de rejet de la « paperasse » – un objet historique du travail des employé·es – par certain·es professionnel·les (les soignant·es notamment). On peut ainsi émettre l'hypothèse que la promesse d'une « dématérialisation » de cette paperasse, aujourd'hui encore jugée encombrante et secondaire, est aussi la promesse d'une élévation sociale de ce travail.

La dématérialisation et la modernisation de l'État

La notion de « dématérialisation » est aujourd'hui couramment employée, et semble se cristalliser en France dans le contexte de la « modernisation » de l'État (Bezès, 2009 ; 2020), qui repose notamment sur la « simplification » des services publics grâce à des technologies numériques. La « dématérialisation » renvoie, plus qu'à des procédés techniques, à une promesse de rationalisation de services privés comme publics par l'intermédiaire de nouvelles technologies numériques. Elle se décline sur différents services et objets – la carte Vitale, le permis de conduire, les demandes de titres de séjour, les demandes de prestations sociales, etc. – et fait l'objet de nombreuses critiques, particulièrement à l'endroit d'une « fracture numérique » qui éloigne un grand nombre d'usager·ères des services publics, tout en mettant à contribution celles et ceux qui ont des compétences informatiques et administratives. Ce que l'on peut en premier lieu décrire comme une réduction drastique de l'usage du papier et des espaces physiques pour déployer des services, est en réalité une ré-organisation minutieuse du travail au travers de son environnement matériel. En supprimant les formulaires papier et les rendez-vous physiques, ce sont à la fois les travailleur·euses et les usager·ères qui voient leurs rôles redéfinis : « la dématérialisation a donné l'occasion aux administrations de déléguer une part du travail d'accès aux droits qui leur incombait aux demandeurs et aux demandeuses » (Deville, 2023). Le travail salarié est progressivement recentré sur des tâches mesurables : le travail juridique d'instruction des droits notamment. Le reste – identification et ouverture des droits, envoi des pièces justificatives numérisées au bon format, etc. – revient désormais aux usager·ères. Dans son enquête sur la

modernisation des services publics en France, et plus particulièrement sur la dématérialisation du traitement des dossiers de retraite dans les Carsat, Marie Alauzen a montré que les missions principales des agent·es (l'accueil des publics, la réception d'assuré·es en rendez-vous et l'instruction des dossiers) étaient redéfinies par la mise en place de nouvelles configurations matérielles. Elle qualifie ainsi la dématérialisation « d'opération de prolifération de la matière » (Alauzen, 2019, 246) :

> « Debout sous les néons de la petite pièce de la photocopieuse, la conseillère prenait chaque dossier et le défaisait : elle retirait l'enveloppe qui l'habillait, enlevait les petits éléments qui assuraient sa tenue (agrafes, trombones, élastiques) avant d'étaler les pièces sur une table. »

Des mythes technologiques persistants

Ce mythe de la dématérialisation qu'elle décrit s'appuie sur un type de métaphores particulier : ce sont des « métaphores du conduit » (*conduit metaphors*) qui convoquent des formes comme les circuits, les tuyaux, les silos pour décrire la manière dont nous avons produit l'image d'un conduit à travers lequel l'information circule librement, avec fluidité d'une personne à une autre. John Seely Brown emprunte cette métaphore du conduit au linguiste Michael J. Reddy pour décrire ce que les usages quotidiens du langage traduisent de notre perception de la circulation de l'information : « Les perceptions les plus répandues de l'envoi et de la réception font que la numérisation, par exemple, semble facile. On distille l'information à partir de livres ou d'articles et on laisse derrière soi les résidus de papier » (Seely Brown, 2002, 173). Ces métaphores alimentent ce que Marie Alauzen qualifie de « conception erronée de la circulation de l'information et de la prise de décision dans les bureaucraties » (Alauzen, 2019, 186) et masquent les multiples formes de travail qui rendent cette circulation possible. Jean-François Blanchette conclut lui aussi, lorsqu'il s'intéresse à l'histoire matérielle des bits, qu'aussi « immatérielle qu'elle puisse paraître, l'information ne peut exister en dehors d'instanciations données dans des formes matérielles » (Blanchette, 2011, 1). Il constate non seulement que la notion d'immatérialité a été l'objet d'un enthousiasme démesuré dans les années 1990 (notamment dans le champ scientifique) mais qu'elle « continue de servir de pivot conceptuel à [l']analyse de l'impact généralisé des technologies de l'information » produite par de nombreux scientifiques aujourd'hui (*ibid.*, 2). Selon lui, la prétendue immatérialité que l'on prête à ces unités minimales d'information (les bits) présente plusieurs avantages : « ils sont à l'abri de l'économie et de la logistique des supports analogiques, ainsi que de la corruption, de la dégradation et de la détérioration qui résultent nécessairement de la manipulation des supports matériels d'infor-

mation » (*ibid.*, 1). Les ordinateurs sont ainsi présentés comme des technologies d'écriture qui ont développé la capacité de présenter « un environnement matériel prémédité, construit et conçu pour propager une illusion d'immatérialité » (Kirschenbaum, 2007, 135). Une technologie telle qu'elle permettrait à l'information d'être « libérée des contraintes matérielles qui régissent le monde matériel » (Hayles, 1999, 13). Si l'information est libérée de toute contrainte, l'utilité de métiers qui servent précisément à la gestion de ces contraintes matérielles peut alors être questionnée : c'est le cas des métiers du secrétariat lors de chaque « révolution technologique » (la mécanisation, l'informatisation, l'intelligence artificielle, etc.).

Matérialités hybrides, entre numérique et papier

La matérialité de l'information doit donc faire l'objet d'un examen minutieux, qu'elle repose sur des infrastructures de câbles et de puces électroniques ou bien des infrastructures de papier. Ce dernier est « un matériau à la fois anodin et omniprésent » et malgré « les efforts croissants de numérisation et les promesses d'un monde libéré du papier, il peuple encore notre vie quotidienne » (De Maeyer, 2024). Dans *The Myth of the Paperless Office*, Richard Harper et Abigail Sellen décortiquent un mythe qui s'est profondément ancré dans les organisations modernes : la disparition du papier. Ils notent qu'en suggérant d'utiliser des signaux électriques pour transmettre des données à distance au début du XIXe siècle, Samuel Morse instille dans les esprits une idée qui sera reprise et amplifiée durant plus d'un siècle : « la promesse du télégraphe est métaphysique : en annihilant l'espace et le temps, il permet à l'humanité d'échapper aux limites physiques. La puissance et l'omniprésence de l'électricité sont métaphoriquement attachées à une conscience nouvellement désincarnée » (Rosenheim, 1997, 93). Le développement progressif de technologies numériques et de l'Internet ont alors alimenté la possibilité d'un bureau « zéro papier » qui est encore aujourd'hui tenace. On constate cependant que les formes de matérialité numérique de l'information affectent de nombreuses pratiques professionnelles – par exemple, les règles qui régissent l'admissibilité des preuves dans les tribunaux qui « ont été largement conçues autour des technologies du monde imprimé » (Blanchette, 2011, 3). Le papier reste un support structurant de nombreuses organisations : « l'introduction de nouvelles technologies ne permet pas de se débarrasser du papier ; soit elle l'augmente, soit elle modifie la façon dont il est utilisé » (Harper et Sellen, 2003, 13).

Les espoirs entretenus par les industries technologiques reposent ainsi sur une prétendue continuité entre les usages du papier et du numérique, sans prise en considération des qualités matérielles de ces deux médiums : tandis que les

« propriétés physiques du papier (mince, léger, poreux, opaque, flexible, etc.) permettent à l'humain de réaliser de nombreuses actions différentes, telles que saisir, transporter, manipuler, plier et [...] écrire » (*ibid.*, 17), les technologies numériques demandent « de plus grand efforts d'abstraction pour en comprendre les possibilités (produire et regarder des images animées, produire des marques « régulières, géométriques et uniformes », stocker et accéder à des grandes quantités d'informations) » (*ibid.*, 18).

La dématérialisation, les femmes et leur travail

> « Ce que la machine à vapeur était à la première révolution industrielle, l'électricité, la machine à écrire ou [...] les procédés de « décalque », le seront donc à la deuxième, dans une représentation rétrospective par les acteurs de cette histoire qui assimilent une fois encore vitesse, transport, progrès » (Gardey, 2008, np)

Cette citation de l'historienne Delphine Gardey permet de mettre en perspective la révolution technique actuelle – qui inonde les hôpitaux, et plus largement notre société contemporaine, d'outils d'intelligence artificielle générative. Si les critiques adressées au « zéro-papier » dans les années 1990 et 2000 peuvent aujourd'hui être en partie relativisées par la normalisation de l'informatique et l'amélioration technique des systèmes d'information, une large partie d'entre elles restent d'actualité. Les révolutions techniques se succèdent, de la révolution de papier évoquée par Delphine Gardey (2008) à celle évoquée par Simon Nora et Alain Minc dans leur rapport sur l'informatisation de la société (1979), et les mêmes doutes subsistent : jusqu'où peut-on normaliser des formes de travail jugées routinières ou ennuyeuses ? Quelle place est réservée au travail des femmes dans les métiers de l'information ? Quelles sont les véritables transformations politiques et sociales qui se cachent derrière ces « révolutions techniques » ?

La promotion d'une « dématérialisation » des outils du travail, qui n'est que le prolongement des formes de mécanisation de la gestion de l'information mises en oeuvres à la fin du XIXe siècle, coïncide avec la volonté de cacher ceux, et surtout celles, qui sont aux prises directes avec cette matérialité que l'on veut faire disparaître. Dans un ouvrage consacré à la dimension genrée du travail « avec le papier » dans l'Occident pré-industriel, Carla Bittel *et al.* soulignent à ce propos combien le prisme du genre permet « de disséquer les pratiques du papier en tant que "transactions" technologiques au sein des structures de pouvoir quotidiennes d'une époque et d'un lieu particuliers » (Bittel *et al.*, 2019, 3). Si Delphine Gardey constate une corrélation entre la mécanisation des

emplois de bureau au début du XXe siècle et leur féminisation (entraînant une dévalorisation de la plus-value humaine impartie au travail administratif), ces mêmes emplois ont peu évolué depuis. Les métiers du secrétariat restent une variable d'ajustement des jeux d'échelles qui affectent la gestion de l'information et sa médiation par des outils techniques.

Finalement, si le « zéro-saisie » ne connaît pas de réalités tangibles à l'hôpital, pas plus que le « zéro-papier », il semble indispensable de continuer à décrire les conditions matérielles du travail sans cesse rebattues par de nouvelles promesses techniques, notamment celles des femmes qui effectuent des formes de travail peu valorisées, comme le travail médico-administratif. C'est pour comprendre comment ces promesses prennent corps dans les activités de soin – et surtout pourquoi elles ne tiennent pas – que j'ai orienté mon enquête sur la dimension matérielle du travail médico-administratif. Cette enquête vise particulièrement à comprendre le rôle des secrétaires médicales dans cette environnement peuplé d'objets de différentes natures : peut-on dire qu'elles prennent soin de ces choses, de ces données, de cet environnement de travail ? Ces questions seront posées plus particulièrement dans le chapitre 14, mais je voudrais ici revenir sur les ancrages théoriques qui m'ont amené à formuler ces questions.

Prendre soin des choses

J'ai montré que les promesses de « dématérialisation » qui hantent les hôpitaux semblent vouloir faire disparaître un certain nombre de ce que nous nommerons ici des « choses », c'est-à-dire tout « ce qui ne va pas de soi, ce qui peut disparaître, se dissoudre, s'effriter, et qui nécessite d'être sans cesse actualisé » (Denis et Pontille, 2023, 21). Le travail de recherche que j'ai mené tente de replacer le curseur sur ces « choses » aussi variées qu'un clavier d'ordinateur, une imprimante, un logiciel ou une poignée de trombones. Je me suis alors attachée à « suivre » (Cook, 2004) ces choses, en dépassant leur simple étude formelle, pour « tirer les fils » (Dumit, 2014) qui s'en déploient en tous sens pour fabriquer le monde qui nous entoure. Les fils tirés à partir des objets, que j'ai étudiés dans le contexte des secrétariats médicaux, m'amènent à comprendre de quoi est concrètement faite une infrastructure visant à prendre en charge la circulation de l'information à l'hôpital.

Politique des objets : tournants matériels dans les sciences sociales

L'étude des « choses » trouve un écho particulier dans les années 1980 dans le champ des STS. Dans un texte à l'influence majeure intitulé *Do Artifacts Have*

Politics? (1980), Langdon Winner affirme que les objets techniques ne sont pas neutres : ils structurent la vie sociale et politique. Il distingue deux formes à cette matérialité : d'une part, certains artefacts sont conçus ou agencés pour produire des effets politiques – comme les ponts bas construits par Robert Moses pour empêcher l'accès des bus aux plages, excluant ainsi les classes populaires. D'autre part, certaines technologies sont intrinsèquement politiques : leur fonctionnement impose une organisation sociale particulière – par exemple, le nucléaire, qui nécessite un contrôle centralisé et autoritaire. Winner résume ainsi cette thèse :

> « Les choses que nous appelons "technologies" sont des moyens de construire l'ordre dans notre monde. Les questions qui divisent ou unissent les gens dans la société sont réglées non seulement dans les institutions et les pratiques de la politique proprement dite, mais aussi, et de manière moins évidente, dans des arrangements tangibles d'acier et de béton, de fils et de transistors, d'écrous et de boulons » (Winner, 1980)

Étudier les choses, c'est donc saisir comment le pouvoir s'inscrit dans ces formes matérielles. Bruno Latour prolonge cette perspective en montrant, à partir de l'exemple d'une clef berlinoise, comment le fonctionnement de cet objet technique fabrique un ordre social et produit une discipline des personnes qui l'utilisent (Latour, 2007). Les travaux de Winner et Latour démontrent ensemble que, pour comprendre les collectifs humains, il faut étudier les objets sur lesquels ils reposent. Ils sont un premier jalon d'une série de « tournants matériels » qui affecteront différentes disciplines scientifiques, notamment l'étude des organisations.

Ce « tournant matériel » répond à un paradoxe contemporain : « le retour du vocable de matérialité dans les débats organisationnels et managériaux peut sembler étonnant dans un contexte où dominent de plus en plus l'immatériel, l'abstrait, le complexe et le liquide » (Vaujany *et al.*, 2014). Alors que les activités organisationnelles se déterritorialisent et que l'action collective se recompose loin des murs habituels, les collectifs doivent sans cesse stabiliser et incarner leurs actions dans des formes tangibles. L'espace organisationnel se trouve redéfini : il n'est plus seulement un contenant ou un décor, mais « le cadre spatial produit et reproduit par l'action collective » (Vaujany et Mitev, 2015). Ainsi, murs, cloisons mobiles, open spaces, logiciels, badges ou mobiliers deviennent des acteurs à part entière des dynamiques organisationnelles. Les artefacts peuvent être considérés comme « des phénomènes culturels primaires qui influencent directement la vie organisationnelle » (Gagliardi, 2006, 706). Ils facilitent, entravent ou prescrivent des actions : « la réalité matérielle est le véhicule à travers lequel le savoir tacite – qui échappe généralement au contrôle conscient – est communiqué » (*ibid.*). Ainsi, étudier « les choses » qui maillent les organi-

sations permet d'atteindre ce que ses membres ne souhaitent pas – ou surtout ne peuvent pas – dire avec des mots. En somme, le tournant matériel dans l'étude des organisations s'inscrit dans un mouvement plus large au sein des sciences humaines et sociales qui invite à dépasser l'opposition entre le tangible et l'intangible, le visible et l'invisible, l'humain et le non-humain. Mes recherches contribuent ainsi à ces approches – plus ou moins – émergentes et cherchent à décrire la vie organisationnelle par le prisme de ces objets qui sont de véritables « actants » (Latour, 1992) qui façonnent autant qu'elles sont façonnées par les dynamiques collectives.

La maintenance des choses : prendre soin du dossier patient informatisé

Néanmoins, ce tournant matériel a été réexaminé depuis quelques années à l'aune des études sur la maintenance (Jackson, 2014 ; Mattern, 2018 ; Denis et Pontille, 2022). À rebours des visions héroïques de l'innovation, ces recherches mettent en lumière les efforts souvent discrets mais essentiels qui permettent aux infrastructures, aux équipements, aux environnements de tenir dans le temps. L'étude de cette fragilité permet d'éclairer des formes de travail rendues invisibles par la croyance en la solidité inaltérable des choses. Ces travaux sur la maintenance se sont particulièrement appuyés sur l'éthique du *care*, telle que développée notamment par Joan Tronto. Dans *Moral Boundaries* (2009 [1993]), elle définit le *care* comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, continuer et réparer notre monde afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (*ibid.*, 143). La suite de cette définition, moins citée, mentionne que « ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement » (*ibid.*), que nous relions ici à toutes ces « choses » qui fondent les conditions matérielles de notre existence. Cette définition ouvre ainsi la voie à une extension du *care* au-delà des seuls êtres humains, vers les artefacts et les infrastructures. Comme le soulignent Denis et Pontille, « la fragilité est une condition commune aux personnes et aux choses » (2022, 93) : rien ne dure sans soin, sans entretien, sans attention. D'autres travaux ont prolongé cette réflexion en montrant que le travail du *care* est fondamentalement pratique, situé, attentif aux détails, et qu'il implique une forme de bricolage permanent : un ajustement continuel aux conditions locales et aux imprévus (Mol, 2013).

La maintenance matérielle peut alors être qualifiée comme une forme essentielle de travail de *care*. Maria Puig de la Bellacasa en souligne la continuité en rappelant que « le soin nous oriente fortement vers une forme d'action matérielle » (2011, 90). Ces travaux insistent aussi sur l'invisibilisation et la dévalorisation du travail de *care*, assignés historiquement aux femmes, aux subalternes, aux per-

sonnels invisibles. Placer la maintenance au centre de l'analyse des structures sociales, c'est refuser ainsi « le mythe de l'autonomie de la part technique et artefactuelle du monde » (Denis et Pontille, 2022, 355).

Mon travail de recherche s'est ainsi ancré sur une variété de « choses » rencontrées à l'hôpital pour mieux décrire une forme de travail peu valorisée et que je qualifie de « soin des données ». Au cœur de l'infrastructure de l'information hospitalière, il est important de situer l'une de ces « choses » en particulier : le dossier patient informatisé, qui fait partie d'une infrastructure plus large – le système d'information hospitalier. Il centralise l'ensemble des informations médicales et administratives relatives à la prise en charge d'un·e patient·e (antécédents, prescriptions, résultats d'examens, comptes rendus, notes de suivi). Souvent résumé à un seul logiciel, il repose la plupart du temps sur un ensemble d'outils – numériques et analogiques. Présenté comme un outil de continuité et de qualité des soins, le DPI est souvent perçu comme une infrastructure stable et solide. Pourtant, dans la perspective ouverte par Denis et Pontille (2022), il faut comprendre que le DPI est une chose fragile : il nécessite un soin constant pour continuer d'exister et fonctionner correctement. Comme toute infrastructure, le DPI est porté par un travail de maintenance, discret mais indispensable. Ce travail engage à la fois des opérations techniques (mises à jour, sécurisation des accès, corrections de bugs) et un travail documentaire quotidien (saisie minutieuse des données, rectification des erreurs, harmonisation des pratiques, etc.). Maintenir un DPI en état ne relève pas d'une transaction ponctuelle (Mol, 2013 [2008]), mais d'un processus continu d'ajustements, fait de formes d'attention multiples. Ce travail que l'on pourrait qualifier de « soin des données » constitue un pilier fondamental de l'organisation hospitalière. La « robustesse » perçue du DPI est toujours le produit d'un entretien attentif, d'une vigilance partagée, et d'un engagement quotidien face aux fragilités du système, qui a longtemps échappé aux travaux portant sur les organisations telles que les hôpitaux.

En m'appuyant sur les études encourageant à développer un intérêt pour le « peuple des choses très hétérogène qui travaille au quotidien à assurer la continuité de la trame sociomatérielle du monde » (Denis et Pontille, 2022, 355), je postule alors avec Denis et Pontille que « le souci des choses est toujours aussi un souci des femmes et des hommes qui prennent soin [de cette trame] » (*ibid.*). Constatant une focalisation des imaginaires du « numérique en santé » sur des outils numériques, fruit des promesses de la « dématérialisation », je cherche à décrire un tissage complexe d'objets et de personnes qui travaillent à la circulation de l'information à l'hôpital. Au-delà du dossier patient informatisé, un logiciel devenu central dans le fonctionnement des systèmes d'informations hospitaliers, le travail, que je qualifierai de « médico-administratif », ne peut être appréhendé sans une attention à la multitude de choses sur lesquelles il repose.

Au-delà du Dossier Patient Informatisé : le travail des données à l'hôpital

Étudier les choses permet donc de s'intéresser au travail, pris dans sa définition large de « tout ce qui est fait par les gens et qui demande du temps et des efforts, qu'ils et elles ont l'intention de faire, qui est fait dans des conditions définies et avec des moyens et des outils quelconques » (Smith, 2006, 162). Je m'intéresse ici à une forme en particulier de travail, que je qualifie de « médico-administratif » : cette notion est utilisée ici pour qualifier une forme de « travail des données » qui se situe au croisement du travail de soin et du travail administratif. Celles qui le font ne produisent pas directement des données de santé (c'est le travail des soignant·es) mais elles les manipulent, contrairement aux agent·es purement administratif·ves, qui ne manipulent que des données non-médicales (mis-à-part les données de facturation des soins). Cette notion est à priori inédite : je n'en ai, du moins, pas trouvé la trace dans ma revue de littérature. Le qualificatif « médico-administratif » est présent uniquement dans le nom du grade « d'assistant·e médico-administratif·ves » des grilles de la fonction publique hospitalière. Cette absence s'explique facilement par le peu d'études portant sur le contenu du travail des secrétaires médicales.

Des données ou de l'information ?

Le terme de « données » s'est imposé dans les dernières décennies comme un mot d'ordre transversal, à la fois promesse technique, ressource économique et nouvelle frontière de l'administration publique et de la recherche scientifique. Pourtant, comme le souligne Jérôme Denis, cette notion demeure profondément instable : « personne n'est véritablement capable de s'accorder autour d'une définition claire, exhaustive, de ce qu'est une donnée » (Denis, 2018, 17). L'une des raisons de cette indétermination réside dans le fait que les données ne désignent pas un objet en soi, mais un statut temporaire et relationnel assigné à certaines inscriptions et artefacts, dans un contexte donné. Les données « n'existent pas à l'état pur », elles sont toujours le produit d'un travail : elles sont « obtenues par certains, données pour d'autres » (Denis, 2018, 182).

Si les acteur·ices des politiques du numériques en santé font aujourd'hui un usage intensif de la notion de donnée, les professionnel·les hospitalier·ères, en particulier dans les services administratifs, parlent plus spontanément d'information : gestion de l'information, transmission d'information, accès à l'information, direction de l'information médicale, etc. Ce choix de vocabulaire n'est

pas anodin. Il reflète une compréhension située et incarnée de ce qui circule dans les services, bien différente des visions standardisées et interopérables qui structurent les discours institutionnels.

D'un point de vue pratique, les informations ne circulent pas seules, sans friction. Elles sont portées par des supports, reformulées, interprétées, redistribuées dans des contextes mouvants. Comme le rappellent Geoffrey Bowker et Susan Leigh Star, « des opérations apparemment aussi anodines que la réplication et la transmission d'informations d'un endroit à un autre nécessitent de l'encodage et du décodage, car le temps passe et les lieux changent. [...] Le changement de contexte dote l'information d'un caractère hétérogène » (Bowker & Star, 2020 [1999], 361). Cette hétérogénéité n'est pas un accident à corriger par la standardisation : « l'information n'est de l'information que lorsqu'il existe de multiples interprétations » (*ibid.*, 362). Il ne s'agit donc pas de garantir l'univocité d'un message, mais de composer avec des usages et des sens partagés ou divergents. Ce que Bowker et Star nomment alors une approche écologique de l'information implique d'intégrer les personnes en tant qu'interprètes actives, habitant elles-mêmes plusieurs contextes d'usage et de pratique. Cette multiplicité ne peut être pensée comme un bruit parasite ou un échec de la communication. L'information ne se réduit pas à un contenu transportable, mais engage une chaîne de représentations et de médiations, qui inclut « les personnes, les choses-objets, les représentations antérieures et les informations sur la structure même de cette représentation » (*ibid.*, 364).

C'est aussi cette perspective que défendent John Seely Brown et Paul Duguid (2000) en critiquant la perception de l'information comme un contenu véhiculé d'un point à un autre dans un conduit neutre : « nous ne rencontrons jamais l'information en soi, mais seulement sous la forme de ce que quelqu'un a dit, écrit, dessiné, dansé ou chanté » (Seely Brown & Duguid, 2000, xxvi). L'information, ici, ne préexiste pas à ses modes d'expression : elle est toujours déjà inscrite dans des formes sociales et matérielles, façonnée par les supports qui la portent et les personnes qui la reçoivent.

Dans ce travail de recherche, je choisis donc de parler d'information, et non de données pour désigner ce que manipulent les secrétaires médicales au quotidien. Ce choix répond à plusieurs enjeux théoriques et empiriques : la discussion autour de la notion de « travail des données » dans la suite de ce chapitre doit être lue avec ces arguments en tête.

Qu'est-ce que le travail des données ?

Le travail des données se situe dans un champ d'activités bien plus large que celui de la saisie informatique. Il désigne l'ensemble des opérations qui rendent possibles la production, la formalisation, la circulation, la qualification, l'interprétation et la maintenance de l'information, dans des environnements techniques, sociaux et organisationnels particuliers. Ce travail est souvent distribué entre de nombreux·ses acteur·ices, aux statuts, compétences et visibilités très hétérogènes.

Le sociologue Jérôme Denis insiste sur les « affaires de mélanges, de bricolages, d'accommodements, d'agencements hybrides » qui sont constitutives de ce travail. Il rappelle également que le travail des données s'inscrit dans une généalogie des infrastructures scripturales mises en place dans les entreprises et administrations dès la fin du XIXe siècle. La rationalisation bureaucratique s'est appuyée sur le développement de supports normalisés d'inscription (formulaires, registres, fiches) associés à un travail intensif de classement, d'ordonnancement et de transmission. Cette « écriture procédurale, standardisée », dédiée à la mémoire organisationnelle et à la formalisation des échanges (Denis, 2018, 70), constitue le socle des systèmes d'information contemporains. Mais ce qui fait des données un objet de travail à part entière, c'est leur instabilité intrinsèque : elles se perdent, se transforment, se déforment, nécessitent d'être reprises, vérifiées, reformulées. Leur « circulation fluide » supposée repose en réalité sur un continuum de petits gestes – ajustements, rafistolages, bricolages. Loin d'être un simple effet de standardisation ou d'automatisation, le traitement des données est traversé par des négociations quotidiennes, des compromis avec la complexité des situations.

Le travail des données peut donc être défini comme un travail de mise en forme du monde : il soutient l'action organisée, tout en restant en grande partie hors du champ de la reconnaissance. Étudier ce travail, c'est ainsi accepter de « ne pas seulement faire de la sociologie avec des données, mais de la sociologie des données » (Denis, 2018, 18), en s'intéressant à leur matérialité, à leur genèse, et aux formes de vie sociale qu'elles contribuent à stabiliser.

Les spécificités du travail des données à l'hôpital

Le travail des données à l'hôpital est loin d'être une nouveauté. Les pratiques de soin sont, particulièrement depuis le milieu du XXe siècle et l'apparition de l'hôpital moderne, médiatisées par des documents, dossiers et inscriptions qui permettent de structurer les parcours, de coordonner les interventions et de formuler les décisions médicales. Ces documents restent néanmoins traversés par

des tensions quant aux modalités de leur production : à quoi servent ces documents et qui peut évaluer leur qualité ? Comme le montrait Harold Garfinkel dès les années 1960, ce qu'ils nomment des « mauvais dossiers » médicaux ne sont pas un signe de désorganisation, mais le produit ordinaire de tensions inhérentes aux pratiques cliniques. Il y a, écrit-il, de « bonnes raisons organisationnelles de produire de mauvais dossiers » (Garfinkel, 1967, 101). Ces lacunes, loin d'être accidentelles, sont structurées par une incompatibilité entre exigences administratives et pratiques de soin. Les documents doivent plus souvent « normaliser » une relation de soin que la décrire : ils préparent la possibilité d'une relecture future en cas de contentieux par exemple, plutôt qu'ils ne restituent fidèlement une interaction passée (Garfinkel, 1967, 108-109). Dans les années 2000, Christian Heath et Paul Luff ont prolongé cette analyse en montrant combien les dossiers médicaux sur papier, souvent jugés désordonnés ou incomplets, sont en réalité le produit d'une compétence professionnelle distribuée. Ils sont inscrits dans des routines collectives, des pratiques de lecture et d'écriture implicites, où la disposition même des éléments sur la page – la « géographie » du document – porte du sens (Heath & Luff, 2000, 4). Ces documents sont destinés à des lecteur·ices particulier·ères, capables d'en décoder les sous-entendus, et ne prennent leur sens qu'au sein de cet environnement professionnel. C'est précisément dans cette interstice entre exigences administratives et pratiques de soin, entre différents formats de données et de lecteur·ices, que les secrétaires médicales se sont modelées une place de plus en plus stratégique, je le montrerai tout au long de ce manuscrit.

Dans son enquête sur la Direction de l'Information Médicale (DIM) d'un hôpital français, la sociologue Laurène Assailly souligne la tension qui existe entre la perception du « travail des données » effectué par ces médecins à la fois comme du « sale boulot » – des tâches jugées pénibles, dégradantes ou inintéressantes – mais aussi comme un « travail propre » (éloignée des patient·es et des « souillures » typiques de ce que l'on nomme « sale boulot »). Ce travail propre est néanmoins relégué, car il ne mobilise pas de manière visible les compétences cliniques valorisées dans la hiérarchie médicale. Les médecins du DIM ou les technicien·nes de l'information médicale (TIM) revendiquent ainsi la valeur stratégique et clinique de ce travail de données, qui devient dès lors un vecteur de reconnaissance (*ibid.*, 128-134). Cette ambivalence souligne que les données ne sont pas médicales ou administratives par essence, mais deviennent l'une ou l'autre selon des luttes de juridiction professionnelle (Abbott, 1988, cité dans : Assailly, 2024, 139-140). Assailly observe notamment que la gestion quotidienne des données hospitalières est répartie de manière asymétrique selon les rapports de pouvoir : plus les acteur·ices sont bas·ses dans la hiérarchie hospitalière, plus ils subissent la structuration rigide des données (cases à cocher, menus déroulants), tandis que les catégories les plus hautes conservent un accès plus libre

aux formes narratives (Assailly, 2024, 90). Cette distribution des formats documentaires reproduit des configurations de pouvoir inscrites dans les outils eux-mêmes.

Enfin, la hiérarchisation du travail des données est renforcée par le paradoxe de l'infrastructure invisible : lorsque le système d'information fonctionne, le travail humain qui le soutient s'efface (Assailly, 2024, 130 ; Denis, 2018, 106). Les ajustements quotidiens, les reprises et les réparations restent dans l'ombre, parce qu'ils sont conçus comme simples « supports », sans valeur propre. Pourtant, comme le rappelle un médecin du DIM dans l'enquête de Laurène Assailly, c'est bien ce travail d'interface, d'ajustement, de coordination, qui permet au système hospitalier de ne pas « gripper » (*ibid.*, 132). Il y a là un glissement permanent entre tâches déléguées et tâches revendiquées, entre sale boulot et vrai boulot, qui constitue une clé de lecture essentielle du travail des données à l'hôpital. Cette clé de lecture sera importante pour comprendre comment le travail médico-administratif effectué par différent·es professionnel·les se recompose grâce à une grande flexibilité et capacité « d'absorption des tâches » des secrétaires médicales (voir le chapitre 11).

Le travail des données, souvent appelé « travail administratif » ou bien « paperasse » dans les hôpitaux, fait aujourd'hui l'objet de critiques provenant de la communauté médicale mais aussi des sciences sociales. La numérisation des systèmes d'information hospitaliers ne transforme pas radicalement la nature du travail des données mais elle l'intensifie. Avec l'implémentation de dossiers patient·es informatisés (DPI), les hôpitaux doivent désormais composer avec des exigences croissantes de traçabilité, de qualité documentaire et d'interopérabilité. Cette mutation n'est pas neutre : elle produit une charge de travail accrue, souvent dispersée dans le temps et déconnectée du cœur de l'activité clinique. Des travaux récents parlent ainsi du phénomène du *pajama time*, ces heures passées à domicile par les professionnel·les de santé pour compléter la documentation ou corriger les données après les soins (Saag *et al.*, 2019). Plusieurs ouvrages ont, ces dernières années, tenté de tirer la sonnette d'alarme sur les conditions de travail de ces dernier·ères. Tandis que le psychiatre Bernard Granger a publié en 2022 « Excel m'a tuer. L'hôpital fracassé » pour dénoncer les dérives gestionnaires des hôpitaux, le sociologue Nicolas Belorgey décrit au travers d'une enquête sur le nouveau management public l'opposition féroce d'une partie du personnel hospitalier aux projets d'innovation (Belorgey, 2010). Le sociologue Pierre-André Juven montre quant à lui, dans *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public* (2016), comment la transformation de l'hôpital en objet de calcul – soumis à des inscriptions comptables, des tarifications et des classements de rentabilité – redéfinissent les pratiques, les hiérarchies professionnelles et les modes de coordination au sein de l'hôpital.

Le sociologue Albert Ogien insiste particulièrement sur le projet de développement d'une « quantification à vocation gestionnaire, c'est-à-dire [qui impose] le recours à des outils permettant de gérer les hôpitaux comme on gère une entreprise » (Ogien, 2009). Ces critiques n'ont cessé de se multiplier depuis la mise en œuvre en France de la tarification à l'activité (T2A) en 2002, dans le cadre du projet « Hôpital 2007 », qui s'accompagne de programmes de numérisation des systèmes d'information des établissements de santé, et notamment l'usage de dossiers patient·es informatisés (DPI). C'est le cas du programme « hôpital numérique » présenté en 2012, qui sera suivi d'une numérisation massive des systèmes d'information hospitaliers, opérée en moins de 10 ans. Le médecin David Morquin note que « les logiciels supports de la gestion administrative des séjours des patients et ceux supports de la cotation des actes et des séjours deviennent essentiels pour assurer l'exhaustivité et la valorisation de l'activité en vue d'assurer le meilleur financement possible » (Morquin, 2019, 28). En quelques décennies le travail local de collecte d'informations sur les patient·es, indispensable à leur prise en charge, s'est transformé en entreprise à grande échelle de massification des données.

Comme le notent Claus Bossen, Lotte Groth Jensen et Flemming Witt (2019), les établissements hospitaliers sont donc aujourd'hui contraints par des modes de gouvernance qui reposent sur la structuration de grandes bases de données (« data-driven »), tout en étant confrontés à la réalité désordonnée du travail réel : produire des données pour les soins, mais aussi pour la recherche, la gestion, l'évaluation, la facturation (*ibid.*, 465-468). Ces usages supposent un travail de maintenance, de vérification, de restructuration permanent. Or cette logique du « tout traçable » engendre un écart croissant entre l'écriture utile pour le soin et celle requise pour les usages secondaires des données. Ce que Garfinkel appelait déjà en 1967 un conflit entre les « obligations professionnelles » et les standards extérieurs de « bonne documentation » (Garfinkel, 1967, 105) se rejoue aujourd'hui avec d'autant plus d'acuité que les systèmes d'information imposent des formats rigides (menus déroulants, nomenclatures, cases obligatoires), difficilement compatibles avec la diversité des situations cliniques (Heath & Luff, 2000, 6-7).

Dans ce contexte, des métiers spécialisés émergent pour combler l'écart entre écriture clinique et données exploitables. C'est le cas aux États-Unis avec les Clinical Documentation Integrity Specialists (CDIS), dont le rôle consiste à relire en temps réel la documentation médicale et à interagir avec les clinicien·nes pour améliorer la qualité des données – non pas au sens strictement clinique, mais au regard des exigences de codage, de facturation et d'analyse statistique (Pine & Bossen, 2020, 2). Ces spécialistes de la documentation jouent un rôle d'interface entre langage médical, standards techniques et contraintes institutionnelles. Leur

apparition illustre la montée en puissance de ce que Kathleen Pine et Claus Bossen appellent des pratiques de traduction documentaire (2020, 3). En France, des fonctions proches sont assurées dans les Départements d'Information Médicale (DIM), qui constituent un espace ambigu de valorisation et d'invisibilisation. Le travail des données devient alors un objet de conflit de juridiction professionnelle : il est revendiqué comme stratégique par certains, mais relégué comme secondaire par d'autres. C'est néanmoins par ce type de tensions que naissent de nouvelles professions (Anteby *et al.*, 2016, cités par Pine & Bossen, 2020).

Une autre figure emblématique de cette spécialisation est celle du scribe médical, profession en plein essor aux États-Unis. Les scribes accompagnent physiquement ou virtuellement les médecins lors des consultations pour enregistrer en temps réel l'échange dans le dossier patient informatisé. Ils soulagent ainsi les praticien·nes de la charge documentaire, tout en assurant la conformité et la structuration des données saisies (Bossen *et al.*, 2019, 6). Si cette profession n'a pas d'équivalent formel en France, certaines de ses fonctions sont assumées par les secrétaires médicales, notamment dans leur rôle de retranscription, de saisie codifiée ou de veille sur la complétude du dossier. Toutefois, à la différence des scribes, les secrétaires médicales restent moins intégrées à la performance immédiate de la consultation. Cela rend leur contribution à la production de données moins visible, alors même qu'elles participent tout autant à leur mise en forme et à leur circulation.

Ces mutations ne concernent pas que les métiers émergents. Elles redéfinissent aussi les métiers existants, comme celui de secrétaire médicale. En s'appuyant sur une enquête au Danemark, Møller *et al.* (2020) montrent que les secrétaires participent désormais pleinement à l'organisation numérique des parcours, à la mise à jour des statuts, au contrôle des données, à la coordination interservices. Leur travail relève à la fois de la production, de l'édition et de la maintenance des données, sans pour autant être reconnu comme tel dans les modèles dominants du numérique hospitalier. On continue, comme l'écrivent ces auteur·ices, à sous-estimer leur rôle et à les évacuer des projets de conception, alors même que « leurs tâches ne disparaissent pas » (Møller *et al.*, 2020, 2).

Le travail des secrétaires médicales : données, care et invisibilité professionnelle

Si le travail des données à l'hôpital a été historiquement associé aux professions médicales et infirmières, la montée en puissance des systèmes d'information numériques rend désormais incontournable l'étude des métiers dits non-cliniques.

En particulier, le métier de secrétaire médicale, encore largement absent des recherches en sciences sociales, constitue un poste clé dans la fabrique quotidienne des données hospitalières (Bossen *et al.*, 2012 ; Knudsen & Bertelsen, 2021).

Je postule ainsi dans ce travail de recherche, et particulièrement dans le chapitre 14, que le travail médico-administratif que prennent en charge les secrétaires médicales est une forme de travail des données mais aussi qu'il peut être rapproché d'une forme de « soin » apporté aux infrastructures qui en dépendent lorsque l'on s'intéresse à la nature des pratiques qu'implique ce travail mais aussi à ses effets directs ou indirects sur des organisations telles que l'hôpital.

Juliane Jarke et Stephanie Büchner ont proposé le concept de *data care arrangements* (2024) pour décrire la manière dont les membres d'une organisation prennent soin des données dans leurs pratiques ordinaires. Ce travail, souvent invisible, est ancré dans les « réalités banales et ordinaires » (Pink et al., 2022). Il ne s'agit pas seulement de produire ou de traiter des données : il faut les maintenir, les rendre pertinentes, les réinterpréter sans cesse. S'inspirant de Yanni Loukissas (« all data are local », 2019), les autrices soulignent que la valeur des données émerge dans leur attachement à des contextes et des pratiques situées. Prendre soin des données n'est pas une évidence, mais un accomplissement fragile, qui dépend des significations et valeurs attribuées par les acteur·ices elles et eux-mêmes (Jarke et Büchner, 2024). La fragilité de ce travail est d'autant plus forte qu'il est souvent invisibilisé et dévalorisé. À l'instar du travail du *care* décris dans d'autres domaines (Puig de la Bellacasa, 2017 ; Mol, 2008), les activités de maintenance des données souffrent d'une reconnaissance moindre, malgré leur rôle essentiel dans la stabilisation des collectifs : « L'invisibilité et la dévaluation du travail de *care* vont de pair avec celles du travail des données » (Jarke et Büchner, 2024).

À l'hôpital, ce travail de soin des données prend une importance particulière. Maintenir l'intégrité des dossiers des patient·es, veiller à la qualité des saisies, réparer les erreurs, coordonner la circulation de l'information entre services : autant de tâches qui conditionnent la qualité des soins – et l'accomplissement de la plupart des soins et leur continuité – mais qui sont rarement reconnues comme du travail en tant que tel. Ce travail quotidien est pourtant nécessaire à l'organisation hospitalière contemporaine, et repose en partie sur le travail des secrétaires médicales. Ainsi, Bossen et al. (2012) ont montré, dans une étude consacrée aux secrétaires médicales au Danemark, que ces professionnelles sont les gardiennes de l'intégrité du dossier patient·e. Leur cœur de métier relève d'une attention particulière portée aux dossiers, une forme de soin, bien qu'elles n'aient pas le statut de « professionnelles de santé ». Il s'agit pour elles de s'assurer que l'information est complète, correctement codée, structurée et située au bon endroit dans les systèmes informatiques. Elles transcrivent les notes médi-

cales, mettent à jour les statuts, coordonnent les flux entre services et assurent la fluidité documentaire nécessaire à la prise en charge (Bossen et al., 2012, 1 ; 4-5). À ce titre, le travail des secrétaires médicales doit être compris comme un travail des données à part entière, au sens donné par Bossen et al. (2019) : il relève de la création, de la vérification, de la structuration, de la circulation et de l'interprétation de données (ibid., 466-467). Mais il s'agit aussi d'un travail de *care*, si l'on entend ce terme dans une acception élargie : un souci porté non pas directement aux corps des patient·es, mais à leur environnement, aux dispositifs qui permettent leur prise en charge. Si les clinicien·nes prennent soin des patient·es, les secrétaires prennent soin des dossiers (ibid., 5).

Ce travail des données pris en charge par les secrétaires médicales n'a pas été allégé par l'informatisation des systèmes d'information, comme il est courant de le penser, il a été reconfiguré, c'est ce que je montrerai tout au long de ce manuscrit. Certains gestes s'amenuisent (la frappe, l'archivage), mais de nouvelles opérations sont apparues, plus techniques, plus distribuées, plus fragmentées, souvent sans que les contours exacts de ces nouvelles tâches soient clarifiés (ibid., 7-8). Les secrétaires doivent jongler entre différents logiciels, interpréter les messages implicites des professionnel·les, et veiller à ce que les informations circulent sans perte ni erreur. Cette complexité croissante, combinée à l'automatisation partielle de certaines tâches, fragilise leur position au sein de l'organisation hospitalière (Bossen et al., 2012, 8).

En décrivant le métier de secrétaire médicale comme une forme travail des données, il devient possible de reconnaître que leur activité participe du soin des infrastructures – un soin des objets et des relations, essentiel à la stabilité du monde hospitalier.

Ce chapitre propose de penser le secrétariat médical comme un espace d'accumulation de traces et d'inscriptions, un espace particulièrement peuplé par de nombreuses choses et de nombreuses personnes. Ces traces matérialisent un travail de traduction de l'information hospitalière qui se joue à la frontière de plusieurs infrastructures, en particulier le système d'information hospitalier (SIH) et le dossier patient. La notion de lisière permet de mettre en évidence l'enchevêtrement d'infrastructures – médicales, administratives, juridiques, financières – dont le secrétariat constitue le point de contact. À rebours du récit dominant de l'interopérabilité comme paradigme de l'alignement technique, le chapitre propose des outils conceptuels et graphiques pour représenter la matérialité fragmentée de ces infrastructures hospitalières.

Chapitre 5

D'une infrastructure à l'autre.

Le secrétariat comme lisière

Noyées sous les traces : le secrétariat médical comme espace d'accumulation

Voir les traces par centaines

Une des premières choses que l'on observe lorsque l'on passe du temps dans un secrétariat médical, c'est que d'innombrables traces du travail s'y accumulent rapidement sous différentes formes : des fiches de programmation qui débordent de bannettes, des boîtes mails pleines de questions plus ou moins complexes, des plannings qui se remplissent inexorablement, etc. Ces traces sont à comprendre comme l'ensemble des productions écrites permettant de retracer le cours d'une action (Latour, 1989) – ici celle du travail médico-administratif.

Cette accumulation de traces est rendue visible par des objets aussi banals qu'une poubelle. En arrivant dans le secrétariat des urgences de l'hôpital dans lequel j'ai enquêté, j'ai buté contre un chariot monté d'un grand sac poubelle, trônant au milieu de la pièce, à mi-chemin entre la porte et plusieurs bureaux. Pensant qu'il avait été poussé là par erreur ou précipitation, je l'écarte pour libérer le passage. Quelques minutes plus tard, la secrétaire le remet en place dans le passage. Elle m'explique qu'aux urgences, le nombre de dossiers – de grandes enveloppes kraft contenant divers documents – jetés quotidiennement est trop grand pour se contenter de petites poubelles. L'équipe du service a donc bricolé cette poubelle grand format qui est placée dans le passage pour permettre à toutes les personnes qui passent dans le bureau de pouvoir jeter facilement leurs documents, même les infirmier·ères qui n'y passent qu'une tête. Les traces s'accumulent ainsi dans ce grand sac noir lorsqu'elles sont jugées inutiles. Il absorbe et fait en quelque sorte disparaître l'accumulation de matière qui envahit ce secrétariat. Ailleurs, dans un autre secrétariat, une armoire en métal noir zébrée de pochettes beiges s'emplie et se vide au gré des afflux de « demandes d'examens » que les secrétariats en imagerie médicale reçoivent quotidiennement. Dans les mêmes bureaux, les armoires remplies de documents côtoient des interfaces numériques non moins chargées : les plannings maillées de microscopiques tâches colorées s'y superposent tandis que les lignes qui constituent les dossiers informatisés de chaque patient·e se multiplient à vue d'oeil.

Les secrétariats sont ainsi, à bien des égards, des espaces où s'accumulent un grand nombre de traces, sous des formes très variées, et de façon ininterrompue. Contrairement aux aspirations à une dématérialisation totale de l'information dans les hôpitaux, décrites dans le chapitre 4, la réalité du travail médico-administratif s'incarne dans une variété de choses, dont l'accumulation fut ma première observation et le point de départ d'un questionnement : que dit cette accu-

mulation du travail des secrétaires médicales et de la gestion de l'information à l'hôpital ?

Penser le secrétariat avec Bruno Latour

L'accumulation d'objets de toutes sortes, et notamment des documents, que l'on observe dans les secrétariats hospitaliers peut être analysée à travers les concepts de trace et d'inscription, tels qu'ils ont été explicités par Bruno Latour. Les traces sont ce qui reste tangible d'une action donnée après qu'elle soit terminée. Ces traces deviennent des « inscriptions » lorsqu'elles revêtent certaines caractéristiques : ayant pour objectif de transmettre des informations à travers l'espace et le temps sans changer elles-mêmes, elles adoptent une « cohérence optique » qui les rend « présentables, lisibles et combinables » les unes avec les autres (Latour, 1987, 85), au-delà des contextes immédiats de l'action. L'inscription transforme ainsi l'éphémère en durable, le local en circulable. Si un post-it griffonné est souvent une trace temporaire du travail, un compte-rendu médical est une inscription qui offre une représentation structurée de l'activité hospitalière : le caractère officiel de ce dernier, sanctionné par une identité visuelle et une signature, lui permettent de circuler, dans le temps et l'espace sans être remis en question.

Dans cette perspective, les secrétariats hospitaliers sont des espaces de production et d'accumulation de traces et d'inscriptions. Ces dernières y évoluent grâce à de nombreux objets intermédiaires qui permettent leur production ou leur circulation : poubelles, classeurs, armoires, logiciels, etc., dont l'articulation est loin d'être fluide et immatérielle. La coexistence de ces supports témoigne d'une infrastructure hybride, où le papier, loin de disparaître, continue de jouer un rôle actif dans la structuration du travail (voir chapitre 9). Dans le secrétariat, l'accumulation de documents constitue la part visible d'un travail invisible, qui consiste à rendre lisibles et mobiles les multiples événements qui constituent la vie médico-administrative d'un hôpital. En d'autres termes, les traces et inscriptions que l'on retrouve dans les secrétariats sont « visibles seulement parce qu'ils accélèrent la mobilisation locale de certains moyens parmi de nombreux autres qui sont nécessaires pour administrer les gens sur une large échelle et à distance » (Latour, 1989, 618). Ce sont les modalités de cette mise en visibilité du travail par les traces produites qu'il m'intéresse d'observer plus particulièrement.

Ce chapitre pose ainsi les jalons conceptuels de l'analyse que je proposerai des secrétariats dans la deuxième partie de ce manuscrit : les documents, compris selon les situations comme des traces ou des inscriptions, sont les affleurements

d'infrastructures invisibles qui, en s'enchevêtrant, produisent de la matière – c'est-à-dire de l'information sous une forme matérielle particulière. Cette matière affleure dans des espaces particuliers, que je qualifie de lisières des infrastructures : à l'hôpital, les secrétariats incarnent l'une de ces lisières entre plusieurs infrastructures, un espace où l'information ne circule pas sans l'intervention d'un travail de traduction (Latour, 1989).

Un enchevêtrement d'infrastructures à l'hôpital

L'interopérabilité comme récit dominant

Les innombrables traces qui s'accumulent dans les secrétariats doivent être comprises comme la manifestation de la rencontre de différentes infrastructures et l'hôpital devient un enchevêtrement d'infrastructures de différentes natures (scientifiques, administratives, financières, médicales, juridiques). Cet enchevêtrement repose aujourd'hui, et depuis plusieurs décennies, sur un récit dominant (Star, 2018 [1999]) : celui de l'interopérabilité qui, dans le domaine hospitalier, se présente comme une voix unique : une promesse technologique forte, portée par des dispositifs normatifs tels que le Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS). Ce dernier « fixe les règles d'une informatique de santé communicante dans le secteur de la santé, du médico-social et du social ». L'agence du Numérique en santé (ANS) souligne ainsi l'importance de ce type de cadre technique collectif : « Pour que cette communication dématérialisée soit possible, il faut que tous les acteurs et surtout, tous leurs systèmes d'information parlent le même langage[1] ». Il est intéressant de noter que la notion de langage commun n'est pas clairement explicitée dans les propos de l'ANS, bien qu'elle semble en premier lieu évoquer une somme de langages techniques et informatiques : le CI-SIS ne propose ainsi que « des règles techniques et sémantiques aux acteurs de santé[2] ». Cette approche fabrique une vision simplifiée de la mise en oeuvre de l'interopérabilité qui repose sur « 4 briques fondamentales » garantissant « l'espace interopérable des données de santé[3] ». Ces briques renvoient à un assemblage simple, lisse, sans embûche d'un tel projet technique.

L'interopérabilité repose donc sur l'idée qu'une standardisation des échanges d'informations entre logiciels permettrait une circulation fluide des données, au

[1] Ces propos sont tirés de l'article suivant, écrit par Michel Gagneux, Directeur de l'ASIP Santé, le 11 juillet 2017 : https://esante.gouv.fr/point-de-vue/interoperabilite

[2] Page dédiée au Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) sur le site Web de l'ANS : https://esante.gouv.fr/produits-services/ci-sis

[3] Page dédiée à la notion d'interopérabilité sur le site Web de l'ANS : https://esante.gouv.fr/doctrine/interoperabilite

service d'une meilleure coordination des soins. Toutefois, cette vision tend à faire abstraction des dynamiques organisationnelles, transformant l'interopérabilité en une forme de « bluff technologique » (Ellul, 1988), c'est-à-dire une forme idéalisée et décontextualisée de l'innovation, qui masque les multiples frictions du travail réel :

> « Le discours tenu sur la technique était un discours non pas de justification des techniques (elles n'en ont plus besoin), mais de démonstration des prodigieuses puissance, diversité, réussite, de l'application vraiment universelle et de l'impeccabilité des techniques. (...) Et il s'agit bien de bluff, parce que dans ce discours l'on multiplie par cent les possibilités effectives des techniques et que l'on voile radicalement les aspects négatifs.» (Ellul, 1988).

Les infrastructures sur lesquelles repose le fonctionnement d'un hôpital sont en réalité composées d'artefacts hétérogènes, de temporalités disjointes, de pratiques professionnelles divergentes : vouloir les rendre « interopérables » suppose de réduire cette complexité à un problème de compatibilité technique, là où se jouent en réalité des négociations constantes entre acteur·ices. Autrement dit, l'interopérabilité suppose un monde hospitalier unifié qui n'existe pas. Dans le contexte de cette recherche, c'est une infrastructure en particulier qui m'intéresse : le système d'information hospitalier, et les lisières qu'il partage avec d'autres infrastructures.

Au delà de l'interopérabilité : définir un Système d'Information Hospitalier (SIH)

On trouve une première définition de la notion de système d'information hospitalier (SIH) dans la Circulaire ministérielle numéro 275 du 6 janvier 1989 du Ministère de la Santé : le système d'information d'un établissement de santé « peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique[4] ». Cette même circulaire précise que « le développement de l'informatique hospitalière doit s'effectuer selon deux orientations fondamentales : assurer la cohérence, au plan national, du système d'information hospitalier et permettre aux établissements l'adoption de solutions de leur choix[5] » en soulignant que les applications informatiques « doivent servir sa politique d'établissement dans une perspective de maîtrise des coûts, l'investissement informatique devant être un

[4] Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics, partie I. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.

[5] *ibid.*, partie IIIC.

investissement de productivité[6] ». Cette circulaire fait suite à la création du PMSI (projet de médicalisation des systèmes d'information) en 1982, et de son conseil scientifique, dont a fait partie le professeur en informatique médicale François Gremy. Ce dernier définit un SIH comme « l'ensemble des informations – au sens de renseignements et de connaissances – et des procédures et règles de circulation, d'échange et de traitement, qui permettent l'accomplissement des objectifs de l'institution considérée » (Gremy, 1992). Il décrit différents sous-systèmes composant un SIH : le premier concerne l'action médicale, le deuxième concerne la logistique, le troisième concerne l'administration de l'hôpital et le quatrième concerne la recherche clinique. Ces différents systèmes sont interdépendants et tous sont centrés sur le dossier du malade.

Ces premiers éléments de définition amènent la notion de réemploi des données médicales pour des usages secondaires (la facturation, la recherche, etc.). La structuration des systèmes d'information hospitaliers va dès lors tendre vers des possibilités de réemploi accrues. Au début des années 2000, ces usages sont permis par des systèmes informatiques de plus en plus performants, et ouvrent la voie à une transformation majeure et durable du système de santé français. La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) repose dès lors sur un mode de financement des hôpitaux publics et privés français qui alloue les ressources en fonction du volume et de la nature des actes médicaux réalisés. Pour fonctionner, ce système s'appuie sur une documentation accrue des activités de soin par des moyens numériques. Ce mode de financement a drastiquement augmenté la production administrative des hôpitaux, contraints de qualifier le plus finement et stratégiquement possible les « actes » de soin effectués. Le sociologue Albert Ogien décrit ainsi une « volonté de quantifier » qui obsède de plus en plus les responsables politiques « c'est-à-dire le besoin de se référer à une connaissance ayant un statut d'objectivité reconnu afin de débattre, de négocier, d'arbitrer ou de décider de manière appropriée » (Ogien, 2000, 286). Il constate néanmoins que « ce besoin, raisonnable dans l'absolu, s'accompagne d'attributs moins rationnels : une certaine compulsion à mesurer tout ce qui peut l'être, et la prolifération de données dont il n'est pas vraiment sûr qu'on en connaisse l'utilité et dont la masse même semble défier toute tentative de synthèse » (Ogien, 2000, 287). Les obligations fixées par ce nouveau mode de financement de l'activité hospitalière vont néanmoins à rebours des pratiques professionnelles réelles à l'hôpital, créant une tension entre la promesse d'une interopérabilité qui centralise l'information et le travail médico-administratif toujours plus pesant chez les professionnel·les de santé.

---

[6] *ibid.*

Le système d'information hospitalier (SIH) s'est donc, sous cette appellation, toujours définie par sa volonté de rendre interopérables des infrastructures de l'information qui ne l'étaient pas forcément avant l'avènement de l'informatique. Si aujourd'hui, l'interopérabilité continue d'être un leitmotiv central des évolutions des SIH, mes recherches m'ont toutefois poussé à y voir des modalités de circulation de l'information qui ne sont toujours pas aussi fluides et évidentes que les discours politiques et industriels le prétendent.

Du SIH au secrétariat : une inversion infrastructurelle

J'aimerais donc soutenir, en m'inscrivant dans le champ de recherche des *infrastructures studies,* que les infrastructures sont nécessairement « socio-techniques » (Edwards, non daté, 188) et qu'elles ne doivent pas être comprises seulement comme des objets de « hardware » mais comme des organisations qui reposent sur un socle de connaissance partagé, une acceptation et une confiance généralisée ainsi qu'une accessibilité quasi-permanente (*ibid.*). Susan Leigh Star complète cette définition et nous invite à considérer l'infrastructure comme « un concept fondamentalement relationnel, qui acquiert sa réalité par rapport aux pratiques organisées » et n'est pas seulement « un système de substrats – lignes de chemin de fer, centrales électriques, plomberie, tuyaux et câbles » par définition invisible (Star, 2018 [1999]). À l'hôpital, il faut alors considérer que le SIH n'est pas qu'un savant empilement d'interfaces et de bases de données, mais un enchevêtrement entre des acteur·ices humain·es et non-humains qui oeuvrent, dans des temporalités et des espaces hétérogènes, à la circulation de l'information à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Les gestes d'une secrétaire ou d'un·e médecin, d'un·e technicien·ne informatique sont aussi cruciaux que les contraintes matérielles auxquels ces gestes sont confrontés – la latence d'une interface, les lignes d'un formulaire ou encore la pénurie de papier autocollant.

Ceci étant dit, définir une infrastructure devient bien plus difficile, car beaucoup d'éléments concourent à son fonctionnement. Geoffrey Bowker propose alors de penser l'infrastructure non pas comme un objet stable ou unifié, mais comme « un réseau mouvant et complexe de relations et d'interactions qui se tissent entre des personnes, des organisations, des objets et des technologies » (Bowker et Star, 2023 [2000], 19). Dans cette acceptation, une infrastructure n'est jamais donnée. Elle n'existe que par et pour certains usages, dans certaines situations, pour certains·e acteur·ices : « La bonne question n'est pas tant ce qu'est une infrastructure mais plutôt quand, pour qui, et avec quelles conséquences un arrangement sociotechnique particulier peut fonctionner comme une infrastructure » (*ibid.*). Autrement dit, il faut prêter attention à ce qui fait tenir les infrastructures dans la pratique.

Je ne m'intéresse donc pas qu'à une seule infrastructure, unique et homogène, mais à plusieurs infrastructures qui, à différentes échelles, permettent de prendre en charge une somme d'informations à caractère médico-administrative. À l'échelle la plus large de l'hôpital, l'entité qui « fait infrastructure » est le système d'information hospitalier, mais du point de vue du secrétariat médical, cette infrastructure est trop floue, elle ne renvoie pas à des normes ou des outils précis. S'il est possible que cette notion ait du sens pour certain·es acteur·ices de l'hôpital, je choisis ici de la préciser.

Je m'intéresserai donc plus particulièrement au « dossier patient » comme une infrastructure relativement large, qui (r)assemble des informations à caractère médical et administratif concernant un·e patient·e donnée. Si le dossier patient est aujourd'hui communément associé à sa version informatisée, et plus précisément aux logiciels qui l'incarnent, je voudrais montrer que ce « dossier patient » peut prendre plusieurs formes, qui constituent autant d'infrastructures qui coexistent : le dossier patient peut d'abord encore être présenté sous format papier, il peut également prendre une forme numérique mais qui n'est pas prise en charge par la suite de logiciels DxCare, il peut enfin être pris en charge par le logiciel DxCare, ou bien l'une de ses déclinaisons en fonction des spécialités médicales (DxImages, DxUrgences, DxLab). Enfin, le dossier patient peut également prendre d'autres formes à l'extérieur de l'hôpital et de son système d'information (dans un laboratoire de biologie, un centre médico-social, une clinique). Le dossier patient peut enfin être mis au contact d'infrastructures de l'information radicalement différentes (dans un tribunal ou un commissariat par exemple), sous des formes également numériques ou imprimées. Toutes ces formes que prend le « dossier patient » ne sont pas nécessairement « interopérables », au sens formulé par les acteur·ices du numérique en santé, d'où l'intérêt de les décomposer pour en comprendre le fonctionnement.

Le dossier patient peut ainsi être compris comme une infrastructure qui se décompose de deux manières : chaque forme matérielle que prend le dossier patient peut être pensé comme une infrastructure (le logiciel DxCare ses déclinaisons spécialisés, la structure de dossiers construite sur un intranet, ou encore la structure des dossiers sous format papier). Mais on peut également penser le dossier de chaque patient comme une infrastructure matériellement fragmentée entre chacune des formes que j'ai listé précédemment. Ces deux manières de penser l'infrastructure qu'est le dossier patient seront utilisées tout au long de ce manuscrit.

L'approche que j'amorce ici vise à interroger ce qui est supposé aller de soi : la circulation de l'information. Bowker qualifier cette démarche de renversement infrastructurel (*infrastructural inversion* ; 1994) : une « méthode d'analyse, dans une démarche consistant à faire passer à l'avant-plan et à rendre actif ce que l'on

tient (par habitude ou à dessein) pour inerte, et qui demeure élusif, effacé, invisible » (Bowker et Star, 2023 [2000], 19).

En m'inspirant de cette inversion infrastructurelle, je décrirai, tout au long de ce manuscrit ce qui compose ce que j'appelle une « lisière » des infrastructures. Cette lisière se matérialise à l'endroit des secrétariats, dans lesquels les accumulations de traces et d'inscriptions se font les affleurements de la rencontre de différentes infrastructures à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. L'étude de ces affleurements matériels oblige ainsi à voir ce qui se joue « en coulisse » (Strauss et Star, 1999) du système d'information hospitalier.

Le secrétariat comme lisière des infrastructures

De la frontière à la lisière de l'hôpital ?

Le secrétariat peut s'approcher par certains aspects de ce que Susan Leigh Star et James R. Griesemer ont appelé un objet-frontière. Cette notion de « frontière » ne suggère pas ici une limite ou une périphérie mais plutôt « un espace partagé » (Star, 2010, 4) : dans le cas qui nous intéresse, cet espace partagé, c'est le secrétariat, dans lequel entrent et sortent des patient·es, des médecins, des infirmier·ères, des aides soignant·es, mais aussi des dossiers, des poubelles ou des appels téléphoniques. Les objets-frontière renvoient à ces « objets qui résident dans plusieurs communautés de pratique et qui satisfont aux exigences informationnelles de chacune d'elles. Ils sont à la fois suffisamment plastiques pour s'adapter aux besoins locaux et aux contraintes des divers groupes qui les emploient, et assez robustes pour conserver une identité commune dans tous les espaces » (Star et Griesemer, 1989, 369). Cet objet-frontière revêt plusieurs caractéristiques. D'abord, la plasticité de l'information : les secrétaires médicales passent le plus clair de leur temps à transformer l'information d'une forme à une autre, à destination de différent·es acteur·ices, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Les secrétaires peuvent ainsi être considérées comme des actrices « marginales » de l'information médicale, c'est-à-dire qu'elles travaillent à la frontière de différentes infrastructures. Enfin, cet objet-frontière repose sur un travail invisible que Susan Leigh Star associe aux formes de travail consistant à adapter localement des normes génériques (Star, 2010). Elle s'appuie notamment dans ses travaux sur « la structure matérielle et organisationnelle des différents types d'objets-frontière » (*ibid.*) pour rendre ce travail visible. Une approche dont je me sers ici en étudiant la matérialité du travail médico-administratif pour le rendre visible.

Néanmoins, si le secrétariat est traversé par de nombreux objets-frontières, il m'est apparu difficile de qualifier le secrétariat lui-même d'objet-frontière, car il n'opère pas un seul type de traduction. Au contraire, le secrétariat structure une multitude d'opérations de traduction (voir chapitre 6) qui s'inscrivent dans des temporalités et des matérialités très différentes.

La notion d'infrastructure-frontière est à ce titre plus intéressante pour qualifier cette fonction structurante du secrétariat : une infrastructure-frontière permet « la reconnaissance explicite de la constitution différente des objets d'information au sein des diverses communautés de pratique qui partagent une infrastructure donnée » (Leigh Star et Bowker, 2000, 313). Bowker et Star postulent que les infrastructures-frontière permettent une certaine continuité du cours de l'action :

> « Parce qu'elles traitent de régimes et de réseaux d'objets-frontière (et non d'objets unitaires et bien définis), les infrastructures-frontière ont suffisamment de jeu pour permettre des variations locales et suffisamment de structure pour permettre l'application de toute la panoplie des outils bureaucratiques (formulaires, statistiques, etc.) » (Star et Bowker, 2000, 312-13)

À ce titre, la notion de « dossier patient » pourrait fonctionner comme une infrastructure-frontière mieux que ne le peut le secrétariat : alors que le dossier patient déploie une large amplitude entre pratiques locales et structures normatives, le secrétariat n'opère que dans un seul sens : il ne peut se faire garant que de l'adaptation locale des normes, jamais l'inverse. Autrement dit, si le secrétariat médical partage avec l'infrastructure-frontière la fonction de structuration de pratiques de traduction entre des acteur·ices hétérogènes, il ne le fait qu'à une échelle locale. Je postule ainsi qu'il opère davantage comme une lisière : une « zone d'interface entre deux écosystèmes » (Cohen et Sourisseau, 2018). Dans son acception écologique, la notion de lisière renvoie à un espace vivant plus riche, plus peuplé, plus changeant que les milieux qu'il borde : transposé à l'espace du secrétariat, la richesse d'un tel milieu est à retrouver dans l'accumulation des traces et inscriptions que j'ai mentionnée au début de ce chapitre. La population d'espèces vivantes qui habite la lisière d'une forêt devient ici un peuple[7] de documents qui habitent la lisière de l'hôpital. Appliquée aux secrétariats, cette notion permet de penser ces espaces comme des écosystèmes visuels de l'information médico-administrative : des lieux où coexistent des choses hétérogènes (papier, écran, documents, logiciels), où se croisent de multiples acteur·ices (médecins, patient·es, agent·es administratif·ves, logiciels) et où se rejouent sans cesse des activités de traduction de l'information.

[7] La notion de « peuple des documents » fait référence au « peuple des choses » mentionné par Jérôme Denis et David Pontille dans : Denis, Jérôme, et David Pontille. Le soin des choses. La Découverte, 2022, 344.

Un écosystème visuel de l'information à l'hôpital

Le secrétariat médical ne peut être réduit à un espace figé : pour rendre compte de l'activité qui s'y déroule, je propose de le considérer comme un écosystème visuel de l'information, c'est-à-dire comme un environnement habité, dans lequel des artefacts visuels structurent le travail collectif. En ce sens, je m'appuie sur la définition de la notion d'écologie de l'information, proposée par Bonnie Nardi et Vicki O'Day :

> « Nous définissons une écologie de l'information comme un système de personnes, de pratiques, de valeurs et de technologies dans un environnement local particulier. Dans les écologies de l'information, l'accent n'est pas mis sur la technologie, mais sur les activités humaines qui sont servies par la technologie » (Nardi & O'Day, 1999, 49)

Le recours au terme d'écologie marque ici un déplacement important : issu des sciences du vivant, ce concept a été historiquement défini par Ernst Haeckel comme « la science des conditions d'existence », avant d'être utilisé par les sciences sociales pour décrire les milieux humains (l'« écologie urbaine » de l'École de Chicago notamment), puis par les études visuelles pour penser les environnements peuplés d'images (Philizot *et al.,* 2025). Dans cette perspective, la notion d'écologie désigne moins un objet d'étude qu'une méthode : « une approche holistique et une attention particulière aux relations », qui « s'intéresse à l'étude des milieux et des rapports des êtres avec leur milieu » (*ibid.*). Le secrétariat est donc un écosystème informationnel, dont je fais l'écologie en considérant les formes de vie, les pratiques et les agencements matériels qui habitent les secrétariats médicaux.

Penser le secrétariat comme un écosystème visuel revient à considérer une grande diversité de ressources – humaines (secrétaires, médecins, patient·es), matérielles (documents, meubles, interfaces), organisationnelles (routines, standards, classifications) – qui sont interdépendantes malgré leur hétérogénéité. Dans cette écologie, il ne s'agit pas seulement de voir, mais de faire voir – de rendre certaines informations visibles, accessibles, compréhensibles. Pour reprendre les termes de Jérôme Denis (2018), on peut parler d'un « paysage informationnel », une « ruche bourdonnante d'écriture » (Latour et Woolgar, 1979, 42) où se déploient des formes très variées d'inscriptions : étiquettes, formulaires, annotations, couleurs, surlignages, écrans, tableaux, etc.

Cette perspective écologique permet de déplacer le regard depuis des objets graphiques isolés vers un véritable écosystème organisé. On peut y distinguer les inscriptions que sont les documents des instruments qui permettent leur formalisation (un logiciel, une imprimante, un dossier suspendu), en s'appuyant sur

les observations de Bruno Latour et Steve Woolgar dans les laboratoires scientifiques :

> « C'est par leur configuration que les phénomènes [scientifiques] qui sont étudiés acquièrent une visibilité, une existence même. [...] Ces instruments produisent une réalité [...] sous la forme de traces graphiques. Tâches, points, courbes ; c'est en tant qu'inscriptions que les phénomènes sont appréhendés. [...] L'appareillage du laboratoire est ainsi constitué d'inscripteurs qui "transforment de la matière en écrit" » (Denis, 2018, 40).

L'écosystème visuel du secrétariat repose sur des instruments similaires qui permettent de produire des inscriptions – mais aussi de les rend actionnables. Certaines personnes et objets rendent ainsi leur présence indispensable à la survie de cet écosystème (Nardi & O'Day, 1999, 53). Les secrétaires remplissent ce rôle en rendant visible, interprétable, actionnable ce qui, sans leur travail, resterait confus, perdu ou illisible. Leurs gestes stabilisent cet écosystème informationnel tout autant que les dispositifs matériels qu'elles activent.

Penser le secrétariat comme un écosystème visuel, c'est donc reconnaître que les inscriptions (les documents), les personnes (les secrétaires, leurs collègues et leurs patient·es) et les instruments (les objets de bureautique) travaillent de concert au fonctionnement d'une infrastructure particulière – le système d'information hospitalier.

Représenter la lisière des infrastructures

Une fois le secrétariat qualifié de lisière, c'est-à-dire un écosystème humain et non-humain travaillant à traduire l'information médico-administrative entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital, entre espaces publics et espaces privés, il reste à s'interroger sur la représentation de cette lisière.

Penser la lisière des infrastructures engage un déplacement du regard : au lieu de chercher à représenter les infrastructures comme des ensembles clos ou parfaitement interconnectés, il s'agit de rendre visible ce qui circule entre elles, ce qui les déplace ou les fait déborder. Cette section interroge les conditions graphiques d'une telle représentation : quelles images peuvent donner forme à ces zones de lisière souvent invisibles, mais essentielles à la vie des infrastructures ?

Je m'appuierai d'abord sur deux exemples.

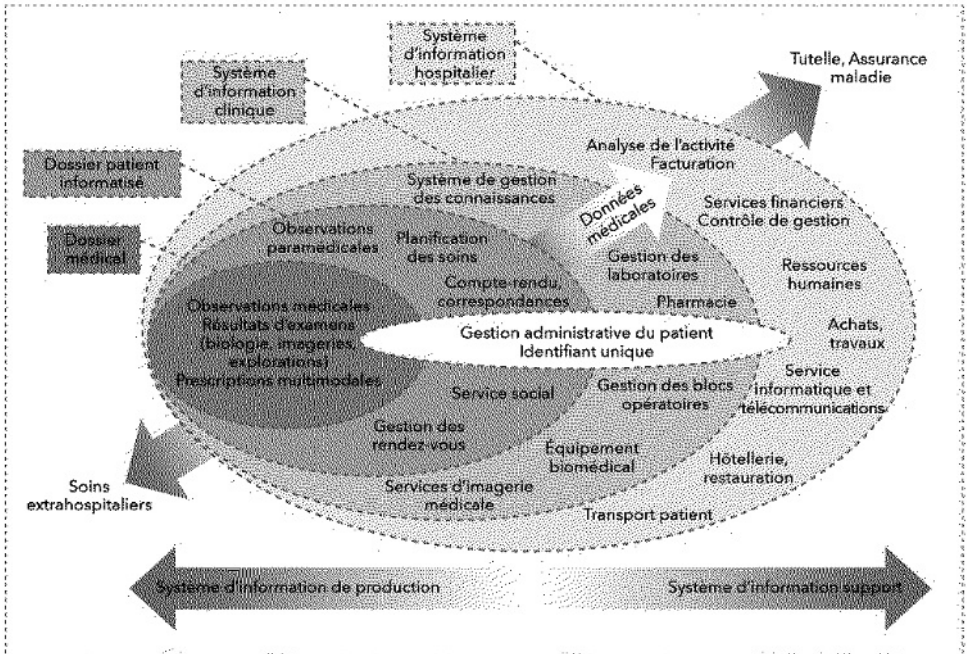
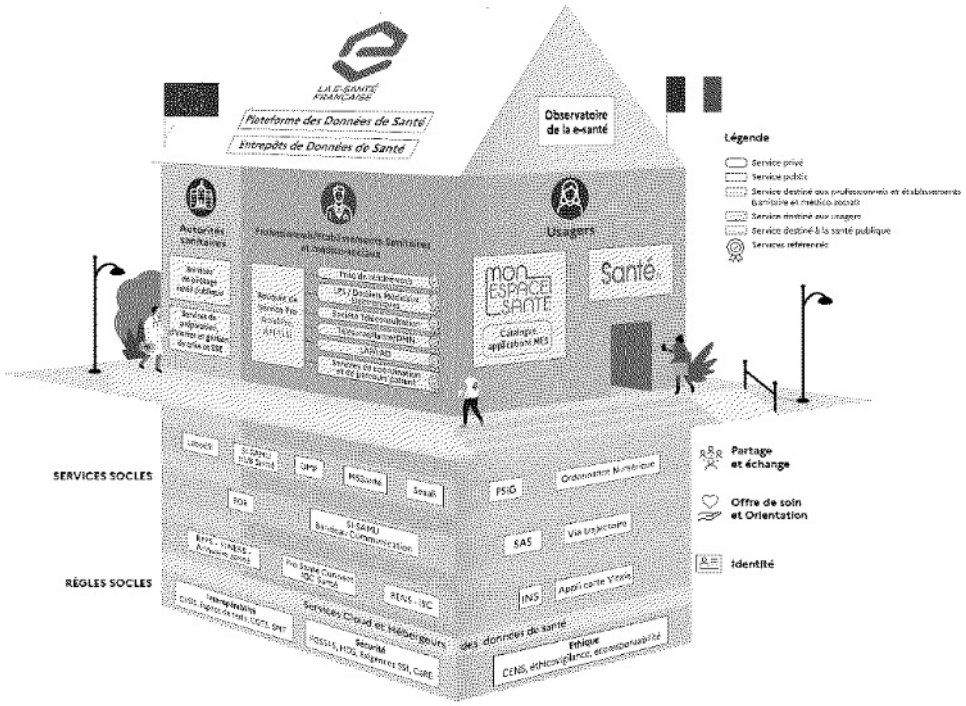


Figure. Complexité des systèmes d'information d'un établissement de santé (d'après la thèse doctorale de David Morquin[7]).



La première représentation d'une infrastructure que je voudrais vous montrer a été produite, avec plusieurs itérations, par la Délégation du Numérique en Santé. Il s'agit d'une maison, composée de nombreux soubassements. Si elle est parcourue de quelques humain·es, cette maison est surtout remplie de normes et d'outils : des règles socles, des bouquets de services, des services de pilotage, des observatoires, des plateformes et des entrepôts. Cette maison vise à rassembler "sous le même toit" tous les acteurs du numérique en santé, c'est-à-dire un programme politique financé par l'Etat français et par des acteurs privés. Cette maison est une infrastructure technique et politique sur laquelle on peut retrouver des informations qui nous intéressent pour étudier les secrétariats : des logiciels ou des fonctionnalités. Mas guère plus. Le travail qui permet de faire fonctionner cette maison reste invisible.

La deuxième représentation a été produite en 2018, par le médecin David Morquin dans le cadre de sa thèse en sciences de gestion. Il y propose un schéma pour représenter le système d'information d'un établissement hospitalier. À la manière d'un oignon, différentes couches d'infrastructures – le dossier médical, le dossier patient informatisé, le système d'information clinique et le système d'information hospitalier – se superposent. Des traits en pointillés renvoient à la porosité de ces couches entre elles, tandis que chacune est associée à un secteur d'activité de l'hôpital (les ressources humaines, les services financiers, les médecins, les laboratoires, la pharmacie, etc.).

Si ce schéma a l'avantage de proposer une vue d'ensemble intelligible, il reconduit une représentation typiquement stratifiée des infrastructures : comme dans la métaphore de l'oignon, l'organisation concentrique des couches suppose une certaine stabilité de leurs contours, une articulation ordonnée entre intérieur et extérieur. Ce mode de représentation n'est pas propre au domaine hospitalier ; il trouve un écho dans le vocabulaire informatique des stacks, ces architectures logicielles composées de couches protocolaires hiérarchisées, que Benjamin Bratton a étendue à l'échelle planétaire dans l'ouvrage *The Stack: On Software and Sovereignty* (2016). Dans ce modèle, les couches – de la Terre au Cloud, de la Ville à l'Interface – forment un système imbriqué qui rend compte de la complexité géopolitique et technique du monde computationnel. Dans les deux cas, qu'il s'agisse de l'oignon de Morquin ou du Stack de Bratton, la métaphore visuelle organise la compréhension du monde par le biais d'un empilement lisible et continu : chaque couche repose sur la précédente, et l'ensemble compose une totalité intelligible.

Mais à l'hôpital, comme partout ailleurs, cette continuité visuelle se heurte à la discontinuité des pratiques, ou plutôt leur imprévisibilité. Si certaines couches de ces représentations des infrastructures se manifestent effectivement (ne se-

rait-ce que par les murs, les plans, ou les organigrammes), d'autres se chevauchent, se traversent, se brouillent. Les frontières entre « production » et « support » sont sans cesse rejouées dans des ajustements quotidiens de l'activité hospitalière. Mon approche consiste donc, non pas à abolir la notion de couches, mais à en perturber la lisibilité : à les rendre poreuses, décentrées, imprévisibles, en accord avec la réalité des situations de travail.

C'est pourquoi je m'écarte de l'usage unique des schémas pour représenter la lisière. Même les plus précis ne suffisent jamais à représenter les infrastructures telles qu'elles existent dans la pratique. Leur promesse d'ordre et de lisibilité contraste avec le désordre productif du travail réel. Pour décrire les lisières où se situent les secrétariats médicaux, j'ai choisi d'étendre la portée des schémas en ayant recours au dessin comme moyen d'expérimenter différentes échelles de représentation et de faire apparaître une certaine épaisseur du travail. Le dessin permet de saisir les infrastructures de l'information non comme un empilement de couches homogènes, mais comme des enchevêtrements de pratiques et de matières, qui se plient, s'entrelacent et se défont selon les contextes, les acteur·ices, les moments. Ainsi, là où le schéma de David Morquin fige la complexité du système d'information hospitalier dans une structure en oignon, ma démarche vise à en faire sentir la vitalité. En construisant un contre-récit des infrastructures hospitalières, je tente ainsi de faire accepter l'idée que l'image d'une secrétaire médicale qui tape à l'ordinateur ou agrafe des documents est une représentation du système d'information hospitalier, tout autant que les images produites par David Morquin ou la DNS.

Les pages présentées à la fin de ce chapitre constituent une première tentative de représentation de cette lisière des infrastructures telle que je l'ai définie précédemment. Ces images, pensées comme des outils de recherche autant que de restitution, sont structurées en quatre parties qui opèrent un « zoom » progressif sur l'infrastructure qui m'intéresse : depuis l'abstraction du plan hospitalier jusqu'au bureau d'une secrétaire. Un premier schéma expose les différentes infrastructures qui cohabitent à l'échelle de l'hôpital et de ses alentours (p. 233), un deuxième schéma expose les éléments constitutifs du système d'information hospitalier, cette fois du point de vue du secrétariat. Celui-ci y apparaît comme une entité située à la lisière de l'hôpital (p. 234-5). Puis, une série de 6 schémas permet de « zoomer » à l'intérieur du secrétariat et de découvrir comment différentes interactions entre une secrétaire et d'autres professionnel·les mobilisent différentes infrastructures et objets qui y sont associés (p. 237-42). Enfin, une série de 12 pages présente les différents secrétariats dans lesquels je me suis rendue durant mon enquête (p. 244-55).

Les pages suivante constituent une introduction visuelle à mon terrain : elles traduisent, par certains choix graphiques, une manière de regarder et de décrire les infrastructures.

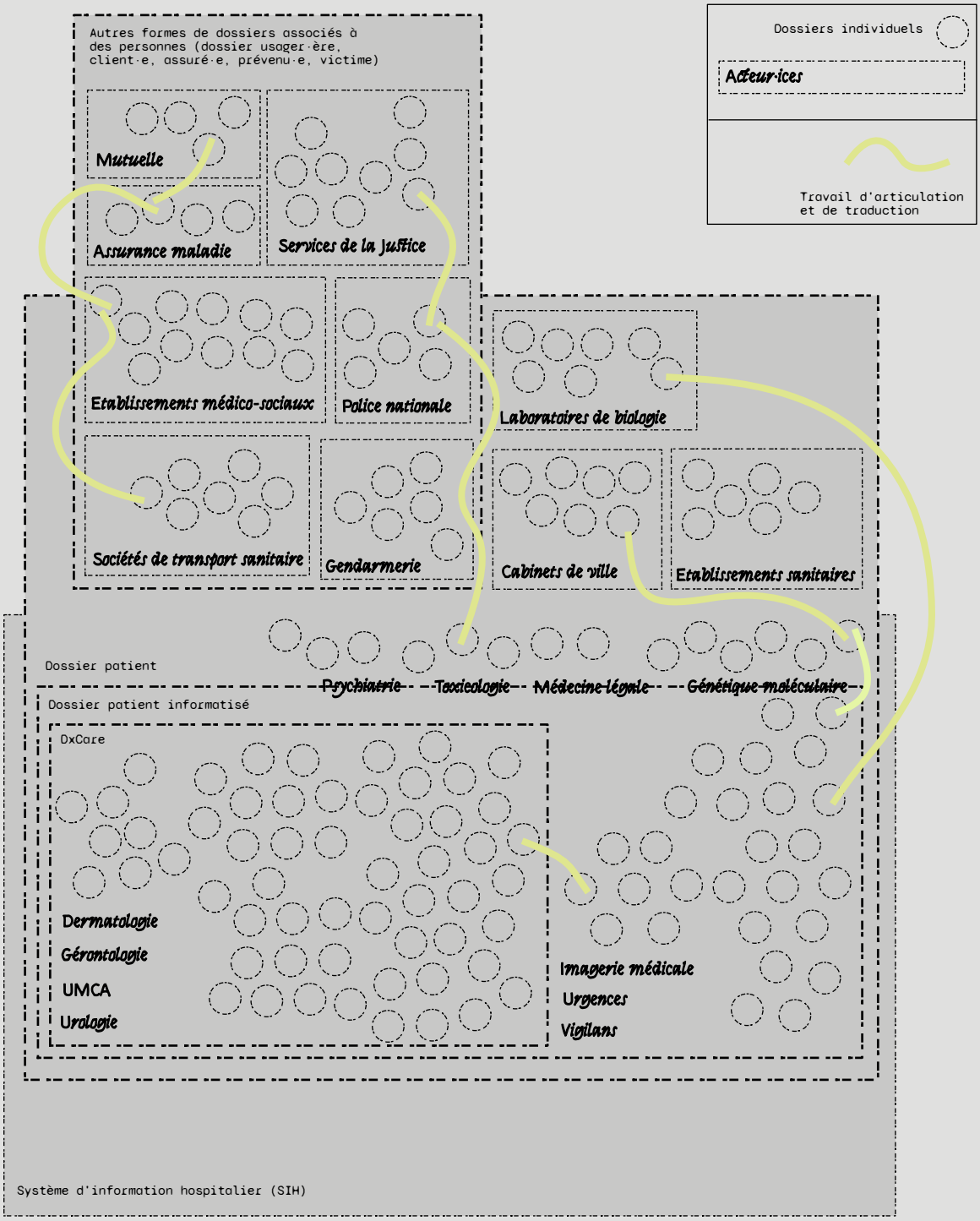
« Véritable ville dans la ville, le CHU de Montpellier, 7ème établissements sanitaire de France, c'est 11 000 employés et tous les métiers de la santé, de la Recherche Médicale et des laboratoires, mais également de la logistique, hôtellerie, restauration, finances, RH...

Cet environnement riche et dynamique présente de nombreux défis informatiques à relever, au plan local comme au plan territorial, en partenariat avec la médecine de ville et les acteurs de santé de la Métropole.

Le CHU de Montpellier est également l'établissement support du Groupement Hospitalier "Est-Hérault Sud-Aveyron", regroupant 9 hôpitaux publics (les Hôpitaux du Bassin de Thau, Millau, St Affrique, Séverac le Château, Clermont l'Hérault, Lamalou les Bains, Lunel et Lodève).

Le Numérique en Santé au CHU représente plusieurs centaines de serveurs (Windows, Linux) virtualisés sur des environnements de stockage à très haute performance. Répartis sur 3 sites géographiques, les 5 bâtiments sont interconnectés sur plusieurs boucles réseaux fibrées. Plus de 250 applications métiers répondent aux besoins des différents métiers du CHU »

Extrait du texte de présentation du CHU de Montpellier par la Direction du Numérique en Santé de l'établissement (19 janvier 2022)


Dossiers individuels
Acteur·ices
Travail d'articulation et de traduction
Autres formes de dossiers associés à des personnes (dossier usager·ère, client·e, assuré·e, prévenu·e, victime)
Mutuelle
Assurance maladie
Services de la justice
Etablissements médico-sociaux
Police nationale
Laboratoires de biologie
Sociétés de transport sanitaire
Gendarmerie
Cabinets de ville
Etablissements sanitaires
Dossier patient
Psychiatrie
Toxicologie
Médecine légale
Génétique moléculaire
Dossier patient informatisé
DxCare
Dermatologie
Gérontologie
UMCA
Urologie
Imagerie médicale
Urgences
Vigilans
Système d'information hospitalier (SIH)

Secrétaires médicales

Pochette

Scotch

Trieur

Casque audio

Parapheur

XMedius Fax
Logiciel de fax numérique

Etagères

Calendriers

Tableau Weleda

Planet Press
Logiciel de gestion
d'envoi des courriers

Ordinateur

Medimail
Messagerie Sécurisée
de Santé

Microsoft office
Logiciels de bureautique

DxCare
Dossier patient
informatisé

Pédale de frappe

Téléphone fixe

Outlook
Service de messagerie

DxLab
Dossier patient informatisé
pour les services de biologie

Kalilab
Logiciel de gestion
documentaire

Chorus
Logiciel de facturation électronique
du secteur public

Zenidoc
Logiciel de reconnaissance
vocale et de transcription
de documents

Sharepoint
Cloud interne à
l'établissement

Banette

Agenda

Chronos
Logiciel de gestion des
ressources humaines

DxImages
Dossier patient
informatisé pour les
services d'imagerie
médicale

DevGen
Dossier patient
informatisé pour les
services de génétique

Cadres administratif·ves

Cadres de santé

Cadres des secrétariats

Assistant·es social·es

Médecins

Aides soignant·es

Service hospitalier

Hôpital

En gras, les outils les plus récurrents dans les secrétariats observés

Secrétaires médicales

Carnet

Trombone

Fax

Clavier

Stylos

Doctolib
Service de gestion de rendez-vous

Poubelle

Mon Espace Santé
Plateforme centralisant les documents de santé des patient·es à l'échelle nationale

Agrafe

Souris

Armoires

Imprimante

Cartons

Stabilo

Classeur

(Sans nom)
Logiciel pilote des scanners

DxPlanning
Logiciel de gestion de rendez-vous

Enveloppes

Scanette

Post-it

Pastel
Logiciel de gestion administrative

Medlé
Plateforme de statistique médico-légale

Intranet

Scanner

MHLink
Plateforme de télé-surveillance

PACS
Plateforme de stockage des images médicales

DxUrgences
Dossier patient informatisé pour le service des urgences

SAPHIA INTELLO NEXT
Logiciel de facturation des consultations privées

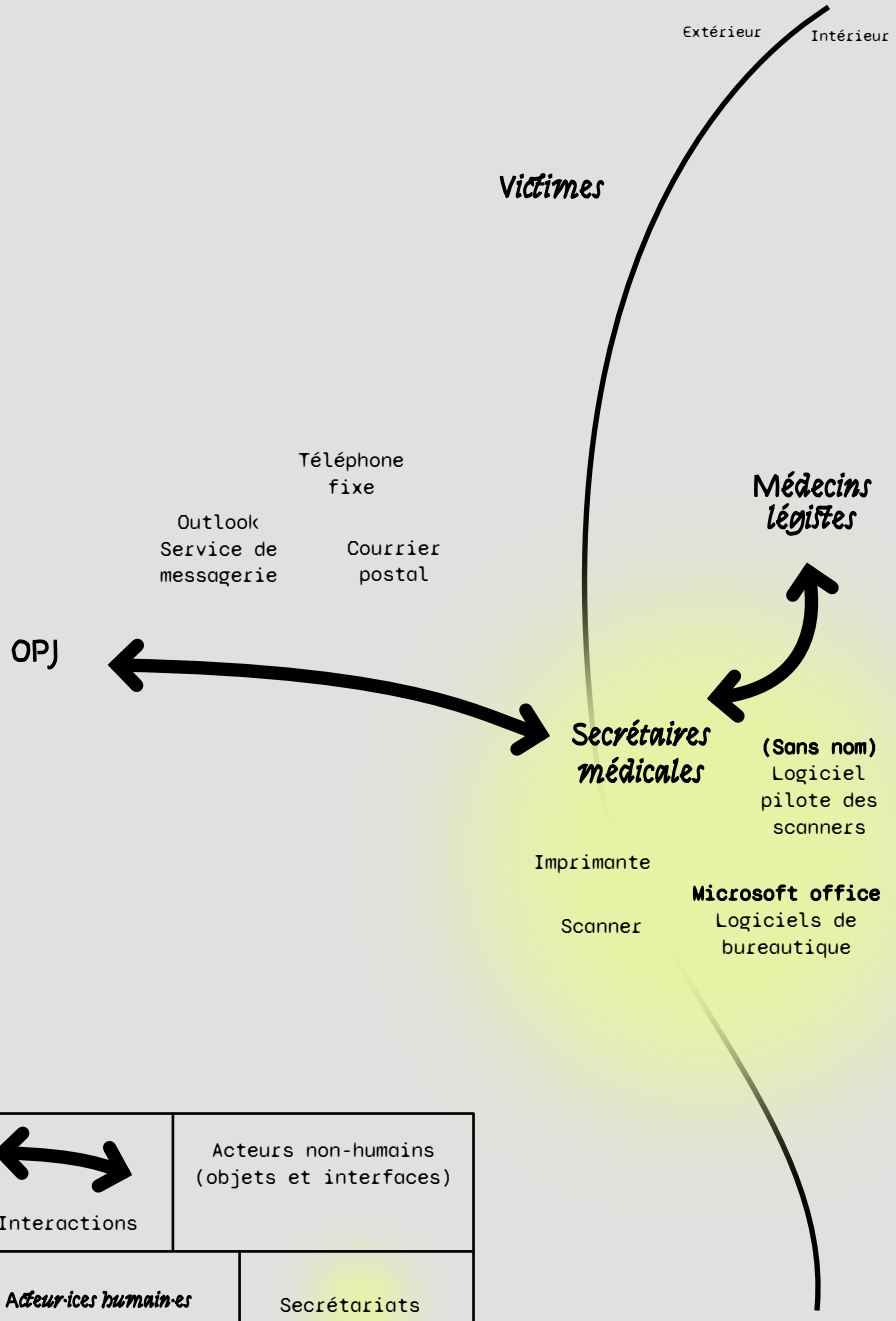
Infirmier·ères

Manipulateur·ices en electroradiologie

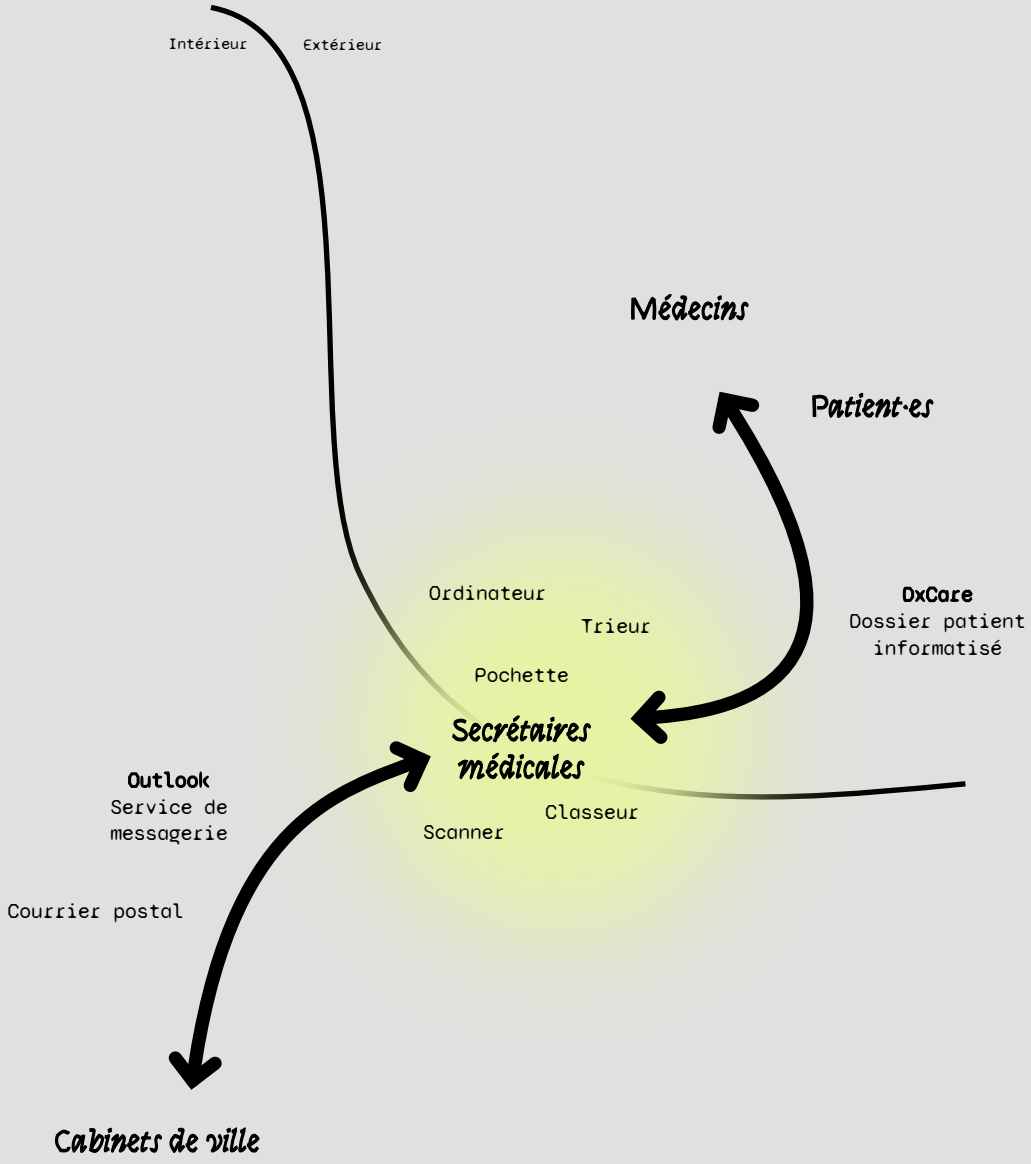
Adjoint·es administratif·ves

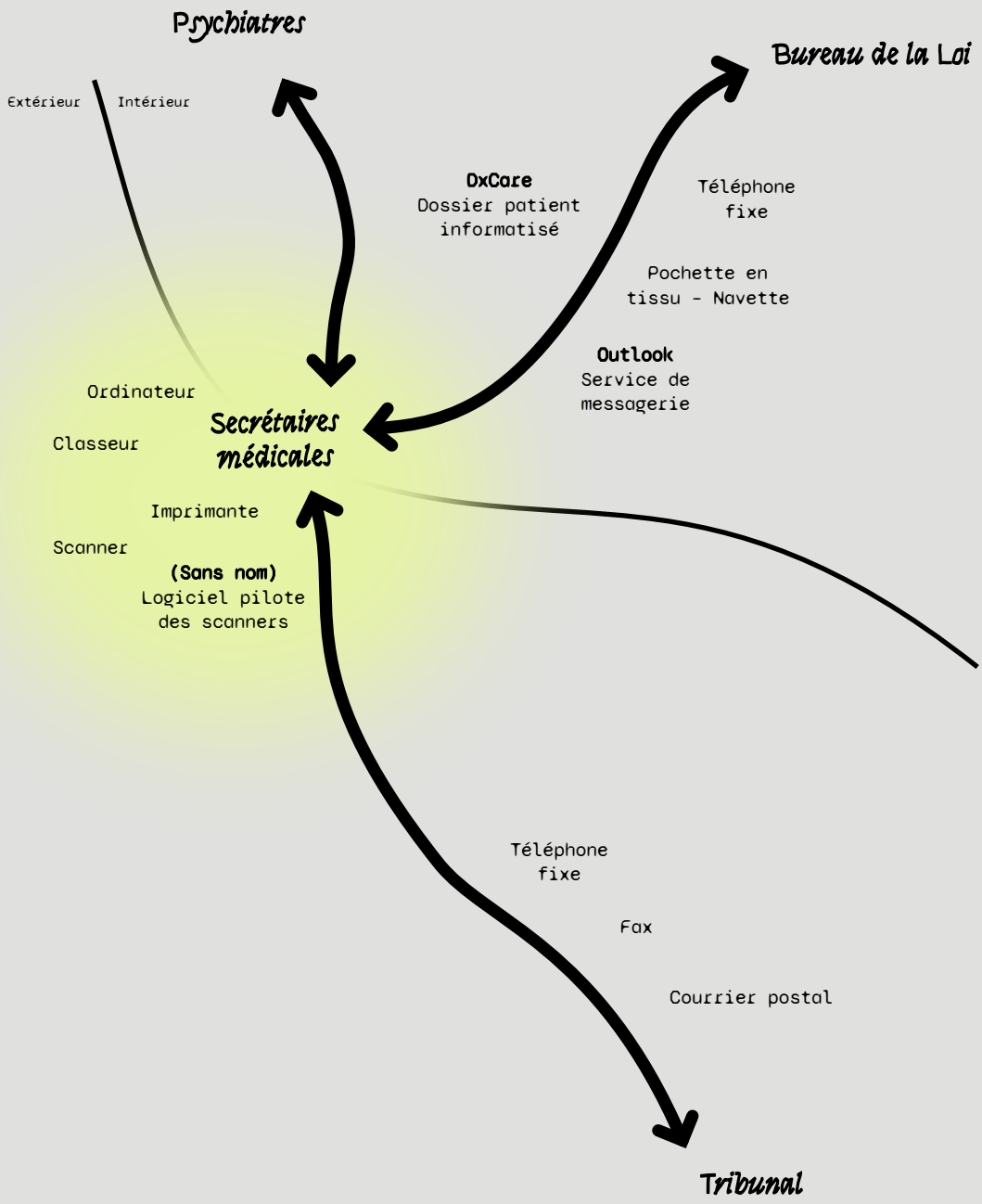
Direction de l'Information Médicale (DIM)

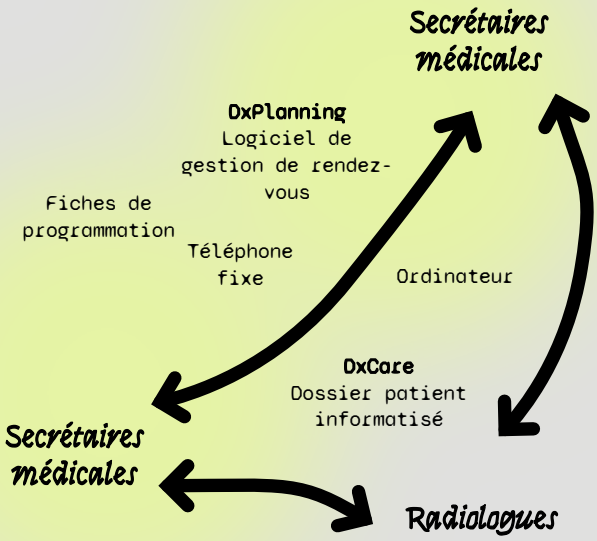
Les pages suivantes proposent une sélection d'interactions que j'ai pu observer dans les secrétariats médicaux : ces interactions mobilisent différent·es « habitant·es » de la lisière que sont les secrétariats. Ces écosystèmes varient en s'approchant ou en s'éloignent de l'intérieur et de l'extérieur de l'hôpital.

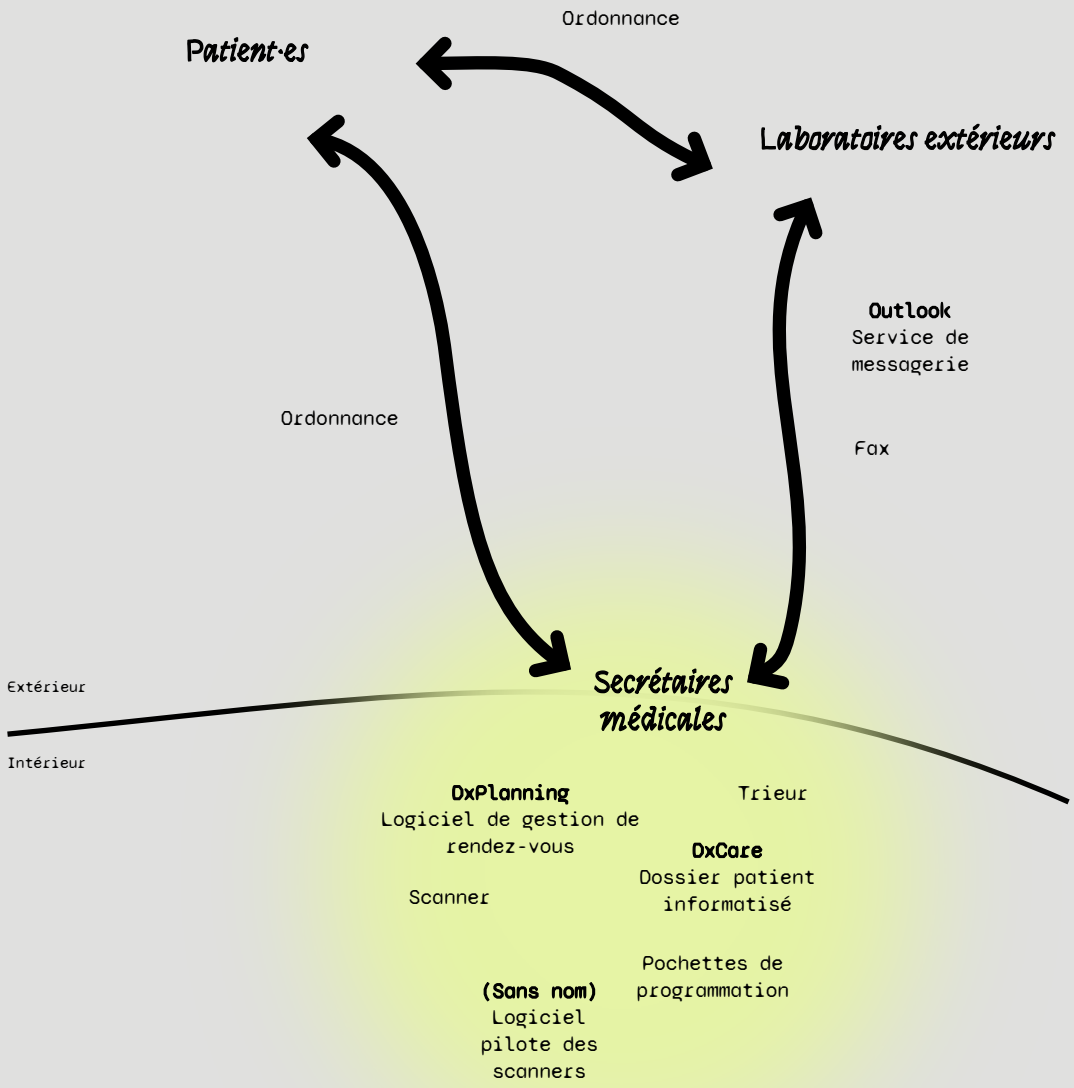


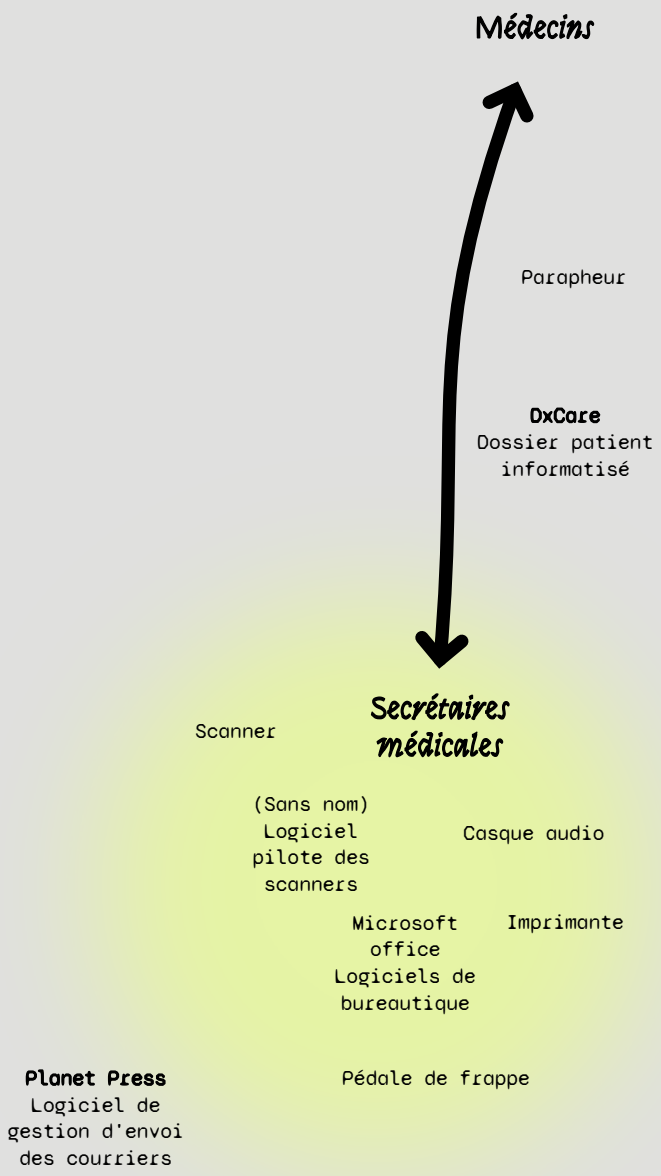
Interactions	Acteurs non-humains (objets et interfaces)
Acteur·ices humain·es	Secrétariats


Intérieur
Extérieur
Médecins
Patient·es
Ordinateur
Trieur
Pochette
DxCare
Dossier patient informatisé
Secrétaires médicales
Outlook
Service de messagerie
Classeur
Scanner
Courrier postal
Cabinets de ville


Psychiatres
Bureau de la Loi
Extérieur
Intérieur
DxCare
Dossier patient informatisé
Téléphone fixe
Pochette en tissu - Navette
Outlook
Service de messagerie
Ordinateur
Secrétaires médicales
Classeur
Imprimante
Scanner
(Sans nom)
Logiciel pilote des scanners
Téléphone fixe
Fax
Courrier postal
Tribunal

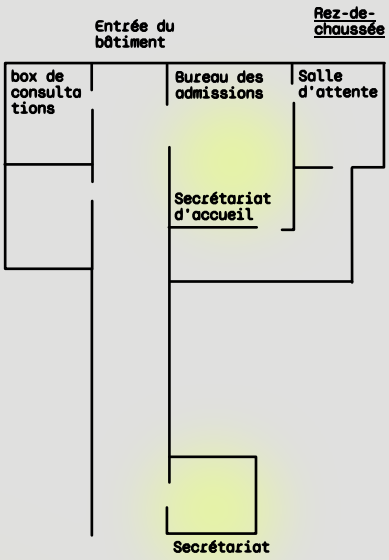

Secrétaires médicales
DxPlanning
Logiciel de gestion de rendez-vous
Fiches de programmation
Téléphone fixe
Ordinateur
DxCare
Dossier patient informatisé
Secrétaires médicales
Radiologues


Ordonnance
Patient·es
Laboratoires extérieurs
Outlook
Service de messagerie
Ordonnance
Fax
Extérieur
Secrétaires médicales
Intérieur
DxPlanning
Logiciel de gestion de rendez-vous
Trieur
DxCare
Dossier patient informatisé
Scanner
Pochettes de programmation
(Sans nom)
Logiciel pilote des scanners


Médecins
Parapheur
DxCare
Dossier patient informatisé
Secrétaires médicales
Scanner
(Sans nom)
Logiciel pilote des scanners
Casque audio
Microsoft office
Imprimante
Logiciels de bureautique
Planet Press
Logiciel de gestion d'envoi des courriers
Pédale de frappe

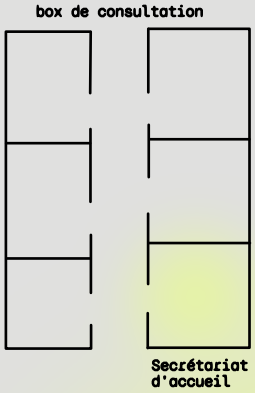
Les pages suivantes proposent de voir de plus près encore la lisière de l'hôpital, en présentant les douze secrétariats qui ont constitué mon terrain d'enquête.

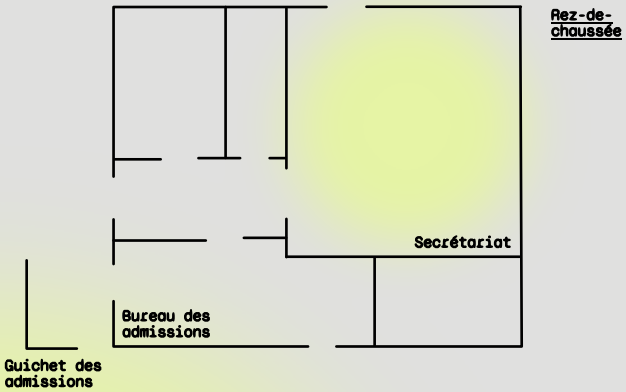
Le service de dermatologie est situé dans un petit bâtiment, et distribué sur plusieurs étages. Il a été jugé utile d'y installer un bureau des admissions décentralisé, afin de faciliter les démarches administratives pour les patient·es, et leur éviter de faire des allers-retours entre différents bâtiments du site de l'hôpital. Dès que l'on passe les portes automatiques du service, une grande salle vitrée s'ouvre à gauche sur le secrétariat d'un côté et le bureau des admissions de l'autre. La salle d'attente a été installée de telle façon que les patient·es sont obligé·es d'y passer avant d'attendre leur consultation. Ce sont deux secrétaires qui s'occupent des consultations, parfois aidées d'une troisième secrétaire, qui tournent entre le secrétariat des hospitalisations à l'étage et celui des consultations au rez-de-chaussée. Les couloirs ne désemplissent que peu dans ce service très demandé, et une agente en service civique a même été appelée en renfort pour orienter les patient·es. Un peu plus loin au fond du couloir qui fait face à l'entrée, un petit bureau, faiblement éclairé par la lumière d'un velux, dans lequel les secrétaires se réfugient pour traiter des tâches au calme.



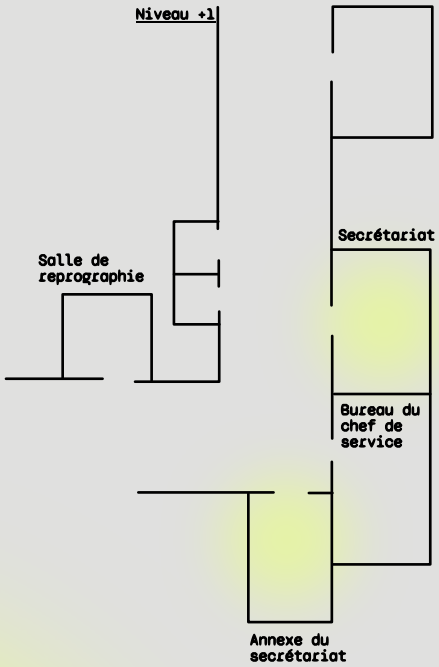
Localisation :\ CHU de Montpellier \ Antonin Balmes \ Gérontologie

Le pôle de gérontologie, qui occupe un bâtiment à lui seul, possède son propre bureau des admissions, dont le bureau jouxte le secrétariat principal. Le secrétariat est quant à lui divisé en plusieurs espaces : un grand bureau principal qui n'est en principe pas accessible au public, un bureau dédié à l'accueil des patient·es, et un secrétariat dédié aux hospitalisations de jour. Enfin, il y a à l'étage supérieur le « secrétariat de chefferie ». C'est en tout sept secrétaires qui y travaillent : elles ont soit un rôle attitré (comme la secrétaire de pôle) soit un poste mixte, c'est-à-dire qu'elles tournent au quotidien entre différentes missions et espaces de travail.



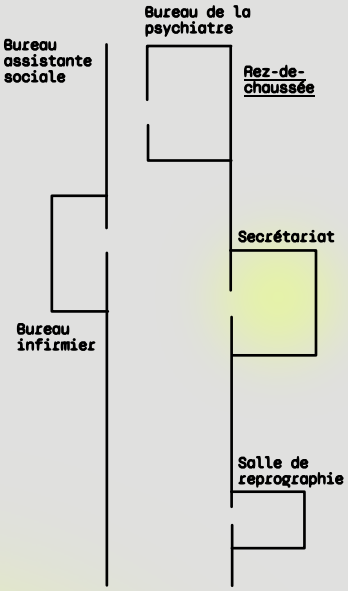


Les services psychiatriques sont répartis dans différents bâtiments très espacés les uns des autres. Ces services reçoivent des patient·es en fonction de leur secteur géographique de résidence. L'ambiance y est plus calme que dans certains services somatiques car il y a moins de patient·es. Néanmoins, l'activité concerne des patient·es aux dossiers plus complexes, tant sur le plan médical qu'administratif : ils et elles sont pour la plupart contraint·es par une « obligation de soins ». Ces services entretiennent des liens étroits avec des acteurs extérieurs à l'hôpital comme les tribunaux ou des services sociaux. Le secrétariat de psychiatrie que je visite est situé au premier étage d'un bâtiment, organisé autour d'un bureau principal et d'un bureau secondaire. Ce sont deux secrétaires à temps plein qui y travaillent côte à côte.



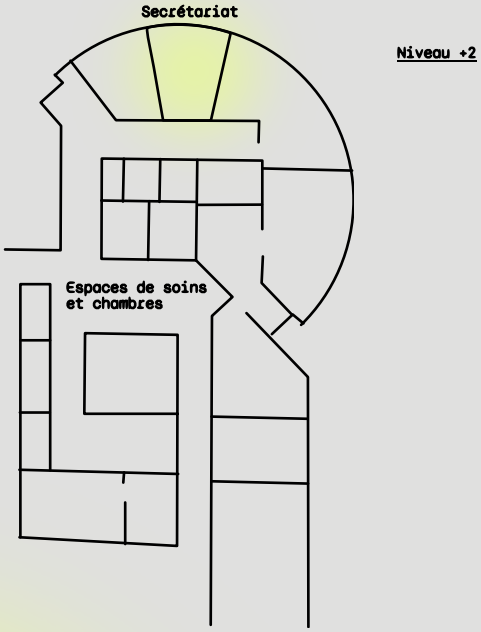
Localisation :\ CHU de Montpellier \ La Colombière \ UMIPPP

Dans un petit bâtiment de plein pied, l'unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité (UMIPPP) est un petit service ayant vocation à aider et orienter des populations précaires. Il s'est récemment doté d'un secrétariat. L'unique psychiatre de ce service a jugé utile de recréer ce poste vacant depuis longtemps, bien que cela demande de recréer des formes de coordination qui n'existaient plus. L'unique secrétaire de ce service possède un bureau spacieux dans lequel elle voit passer ses collègues infirmier·ères, assistant·es social·es et psychiatre ainsi que des patient·es tout au long de la journée.

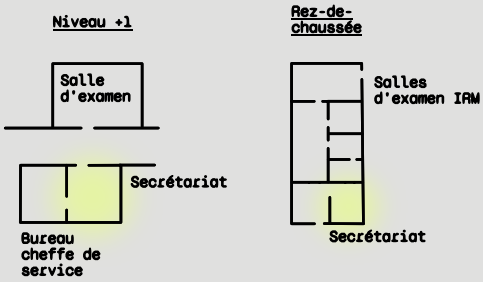


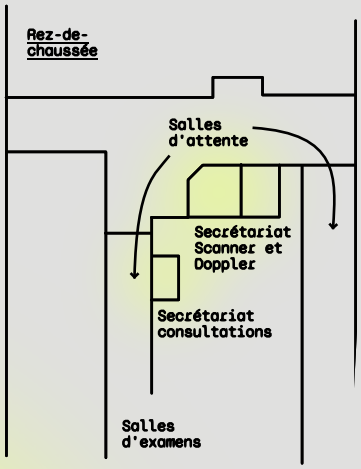
Localisation :\ CHU de Montpellier \ Arnaud de Villeneuve \ UMCA

L'Unité Médicale et Chirurgicale Ambulatoire (UMCA) n'est pas à proprement parler un service, mais une équipe de soins qui prend en charge l'activité ambulatoire des services de cardiologie et pneumologie. Une secrétaire, parfois aidée d'une « secrétaire volante », coordonne le remplissage des « lits » disponibles, en lien avec les infirmier·ères de l'équipe. Elle y accueille des patient·es qui viennent du service de radiologie notamment pour programmer une intervention chirurgicale. Son bureau ensoleillé, situé au deuxième étage, donne sur l'entrée de l'hôpital. Son bureau, face à la porte, qui s'ouvre sur les ascenseurs, lui permet de surveiller les allers et venues dans le couloir sans pour autant quitter ses deux écrans des yeux.

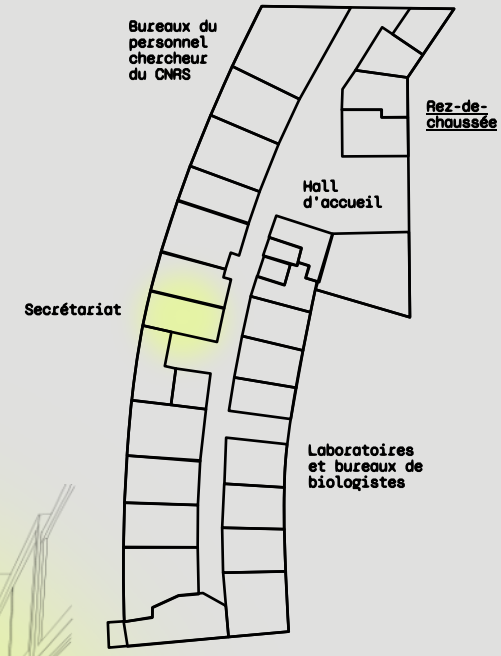


Le service d'imagerie médicale que j'ai visité (il y en a plusieurs dans le CHU) est un service réputé pour son activité dense : les examens sont relativement rapides (scanner, doppler), il y a donc plus de patient·es, et l'activité de programmation de ces examens nécessite une bonne connaissance technique et organisationnelle. C'est un service qui a pleinement intégré des outils numériques pour la gestion des dossiers patient·es et la programmation des examens. Le turn-over des patient·es est important, et ces dernier·ères n'ont pas vocation à revenir régulièrement. Le secrétariat est composé de cinq espaces différents dans lesquels travaillent neuf secrétaires à temps plein : trois secrétariats d'accueil des patient·es (un pour les scanner et les doppler, un pour les consultations et un pour les IRM), un bureau fermé non accessible au public et un secrétariat de programmation qui fait aussi office de secrétariat de « chefferie », situé à côté du bureau de la radiologue cheffe de service.



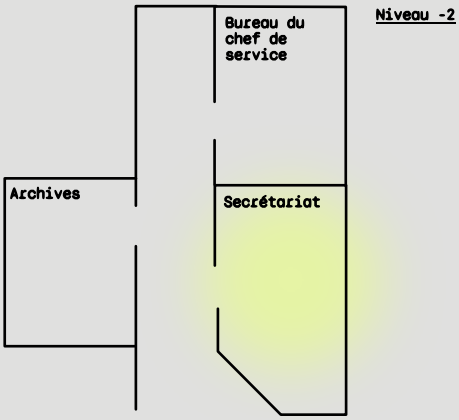


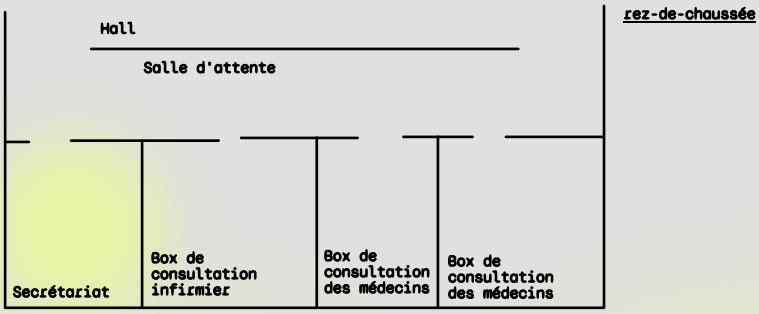
Le laboratoire de génétique moléculaire est installé dans des locaux de l'Inserm. S'y côtoient des biologistes et des chercheur·euses, une frontière professionnelle poreuse car certain·es occupent les deux fonctions. L'espace est séparé lui aussi entre la recherche et l'activité hospitalière, un partie des équipements étant financée par l'Inserm et l'autre par l'hôpital. Le secrétariat est occupé par deux secrétaires, qui ne voient pas de patient·es, mais de nombreux coursiers qui livrent des échantillons biologiques. Le secrétariat est également traversé tout au long de la journée par des biologistes et des techniciennes, essentiellement des femmes.



Localisation :\ CHU de Montpellier \ Lapeyronie \ Médecine légale \ Institut de médecine légale (IML)

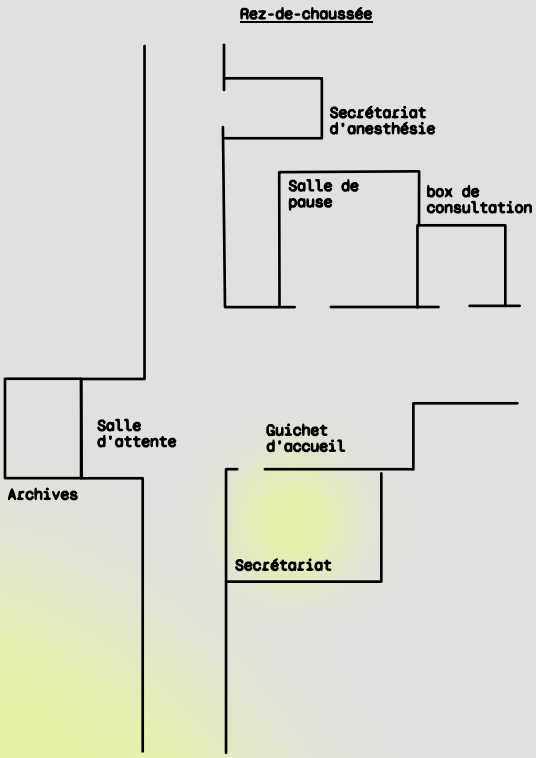
Le service de médecine légale est partagé entre l'unité médico-judiciaire qui reçoit des victimes dans un hall agité et bruyant, et l'institut de médecine légale, éloigné du tumulte des halls d'entrée, et installé au deuxième sous-sol. Ce sont cinq secrétaires qui tournent quotidiennement entre le rez-de-chaussée et le -2, alternant entre des tâches très prenantes et d'autres plus calmes. Si les bureaux du sous-sol ont un temps accueilli du public, un réaménagement des espaces a laissé depuis le box d'accueil définitivement fermé d'un rideau de persiennes blanches.





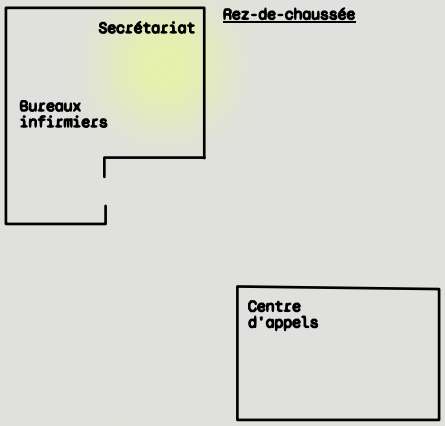
Unité médico-judiciaire (UMJ)

En Urologie, il est impossible de s'aventurer dans les couloirs sans passer d'abord par le secrétariat : ce dernier est stratégiquement positionné entre la salle d'attente et les box de consultations, découpé entre un guichet d'accueil et un bureau fermé, qui ne l'est jamais vraiment. Les quatre secrétaires qui occupent cet espace se relaient d'un jour à l'autre sur différentes missions, tantôt sur place, tantôt en télétravail. Tout au long de la semaine, la salle d'attente ne désemplit jamais, méticuleusement organisée par les secrétaires autour des consultations simultanées de différent·es médecins urologues et d'infirmier·ères.



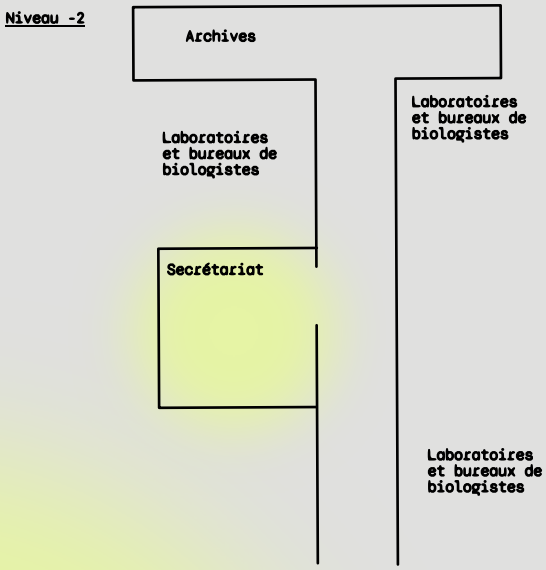
Localisation :\ CHU de Montpellier \ Lapeyronie \ Vigilans

Au centre d'un couloir particulièrement long de l'hôpital, le secrétariat du secteur Vigilans occupe un bureau particulièrement petit, où se bousculent trois secrétaires ainsi que des infirmier·ères. L'une de ces secrétaires est affectées aux urgences psychiatriques, tandis que les deux autres s'occupent deux dispositifs nationaux implantés dans cet hôpital : le numéro vert 3114 et Vigilans, un dispositif de soutien aux personnes ayant fait des tentatives de suicide. Obtenir un bureau n'est pas aisé dans cet espace disputé par un certain nombre de professionnel·les, qui vont et viennent au fil de la journée.



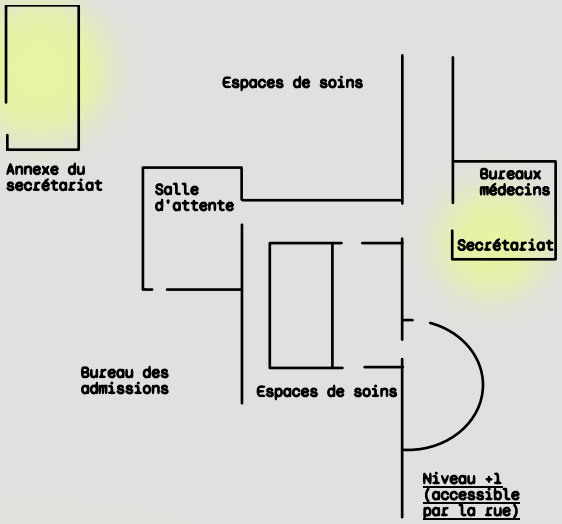
Localisation :\ CHU de Montpellier \ Lapeyronie \ Toxicologie

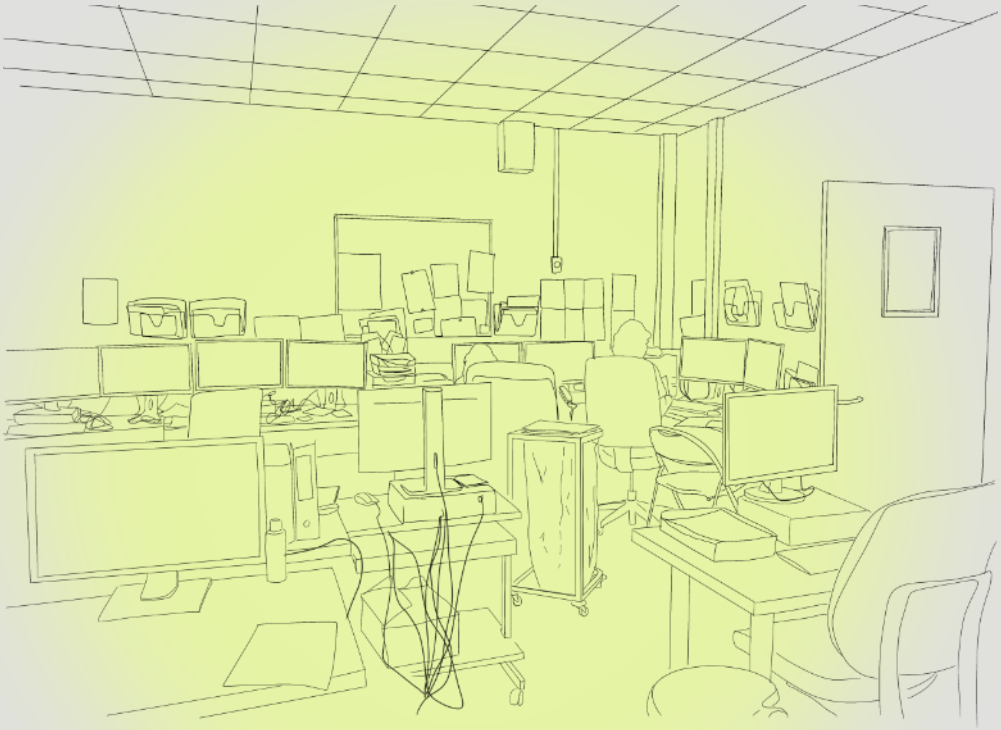
Non loin de l'institut de médecine légale, au deuxième sous-sol, le service de toxicologie n'est pas accessible au public : c'est un laboratoire. Il reçoit des demandes, mais n'est jamais confronté aux patient·es concerné·es. Les deux secrétaires du services se répartissent plusieurs des activités administratives du service : la surveillance des effets indésirables de médicaments administrés à des patient·es pour l'une, le dosage de drogues et médicaments, et l'activité médico-légale pour l'autre. Elles travaillent à deux dans un bureau petit et bas de plafond, où chaque recoin a été optimisé pour faire rentrer le matériel informatique et les armoires de rangements, en quinconce avec les bureaux.



Localisation :\ CHU de Montpellier \ Lapeyronie \ Urgences

Le secrétariat des urgences est actuellement en pleine transformation : lorsque je l'ai visité, il était scindé en deux espaces. Le premier, à l'écart de l'agitation, dans un petit bâtiment annexe, et un bureau plus grand et bruyant, occupé par 2 secrétaires ainsi que des médecins urgentistes et des pharmacien·nes. Entre ces deux espaces, on retrouve le bureau des admissions, le premier point de contact des patient·es, des pompiers, des forces de l'ordre, des ambulancier·ères. Il est ouvert 24h/24, tandis que le secrétariat ferme pendant la nuit. Au total, ce sont neuf secrétaires médicales qui se relaient entre 8h et 20h.





Ce chapitre pose les jalons de l'approche analytique que j'ai développée pour décrire « l'activité secrétariale » : il définit les documents médico-administratifs comme la matière qui compose le secrétariat médical et propose de les étudier en tant qu'objets graphiques. Il montre comment la normalisation des écrits professionnels au travers de documents a transformé l'organisation des administrations, et particulièrement des hôpitaux, en un système d'écriture procédurale. Les documents y opèrent comme des instruments de pouvoir et des supports d'action : ils permettent de faire savoir, faire faire, faire preuve. À l'hôpital, ils matérialisent la traduction d'informations entre sphères médicale, administrative et juridique. Pour décrire ces processus, le chapitre mobilise la notion d'opération visuelle de traduction pour décrire le travail invisible accompli par les secrétaires médicales. Ces opérations organisent l'écriture, la circulation, la lisibilité et la stabilité de l'information.

Chapitre 6

Des documents et des opérations

Les documents comme matière des secrétariats

J'ai fait de nombreuses listes au cours de mon enquête dans les secrétariats médicaux. L'une d'entre elle rassemble différentes formes que prennent les documents médico-administratifs :

Des documents imprimés, au format pdf, des documents word ou excel, des documents hors format, des documents stockés sur différents espaces de stockage, des documents scannés, photocopiés, faxés, numérisés, des documents pixélisés, flous, en couleur ou en noir et blanc, des documents textuels et des documents comportant des images, des documents en pièce jointe, et même des documents tâchés.

Autant de détails sur la forme de ces documents qui importent pour comprendre la nature du travail des secrétaires médicales. Cette hypothèse s'appuie sur différents travaux qui se sont employés à convaincre les chercheur·euses en sciences sociales que les documents sont la matière dont les bureaux sont faits. À ce titre, il ne faut pas seulement en étudier le contenu mais en étudier la matérialité. En témoignent Michèle Grosjean et Michèle Lacoste qui soutient que :

> « l'observation des outils informationnels montre que l'on ne peut traiter l'écrit en le réduisant aux seuls aspects linguistiques, car son usage est solidaire des qualités physiques et de propriétés représentationnelles des supports, de ce qu'ils offrent comme potentialités en termes de visibilité de maniabilité, de sériation et de classement, d'inscription, de mémorisation et d'effacement » (Grosjean et Lacoste, 1998, 446)

L'anthropologue Matthew Hull rappelle quant à lui que les représentations que sont les documents sont matérielles (Hull, 2012, 13) et qu'elles « existent en tant que choses et actes dans le monde [...] Un support de représentation n'est pas seulement quelque chose qui se tient "entre" les choses qu'il médiatise, c'est aussi une "chose" à part entière » (Keane, 1997, 8). La prise en compte de cette matérialité passe par une approche descriptive parfaitement mise en œuvre par les auteur·ices du blog Scriptopolis (2008-...), qui soutiennent que les pratiques d'écriture ne peuvent être comprises qu'en observant leur inscription matérielle :

> « Les matériaux qui, agencés les uns aux autres, composent les objets graphiques sont des ingrédients essentiels à leurs modes d'existence comme à leurs actions : la couleur, parfois standardisée, et la composition chimique des encres et des peintures, les formats et le grammage du papier, ou encore les marques apposées sur un texte (tampons, biffures, surlignements...) instaurent des hiérarchies et des formes de distribution dans la composition graphique elle-même [...] » (Denis, *et al.*, XIV)

Béatrice Fraenkel appelait déjà au début des années 2000 à ce type d'approche : « il faut sans cesse décrire : les supports et leur situation dans l'environnement, les formes langagières, la syntaxe des énoncés, mais aussi les formes abrégées, les systèmes éventuels des symboles graphiques intégrés à l'écriture » (Borzeix et Fraenkel, 2001, 242) mais aussi « la couleur des supports, le type de reliure (classeur, feuilles numérotés) » (*ibid.*).

Ainsi, si les documents médico-administratifs sont bel et bien la matière première des secrétariats, l'analyse du rôle du secrétariat dans la gestion de l'information à l'hôpital demande de les étudier d'une manière peu commune, qui se situe à l'intersection des sciences sociales mais aussi du design graphique et des études visuelles. Dans ce chapitre, je développe d'abord une définition des documents comme des objets graphiques « en action » qui constituent mon corpus d'analyse (les documents médico-administratifs). Dans un second temps, je définis la notion d'opération visuelle de traduction, qui me permettra de décortiquer l'activité que je qualifierai de secrétariale, et notamment les modalités de la production de documents médico-administratifs.

Des « documents en action » : que font les documents médico-administratifs ?

L'omniprésence des documents dans les organisations

Les documents sont aujourd'hui omniprésents dans nos vies quotidiennes, à tel point que Dorothy Smith constate que :

> « Notre connaissance de la société contemporaine nous est transmise dans une large mesure par des documents de diverses natures. Très peu de notre connaissance des personnes, des événements, des relations sociales et des pouvoirs provient directement de notre expérience immédiate » (Smith, 1974)

Richard Harper dresse un constat similaire, soulignant la diversification des médiums supportant lesdits documents :

> « Nous sommes entourés de documents : des bouts de papier qui traînent sur nos bureaux, des mémos de nos collègues, des articles, des livres, des rapports, des journaux et des notes "Post-it". Les documents s'incarnent dans toutes sortes de technologies : papier, disque magnétique, microfiche, diapositive de projecteur, etc. Et, pour rendre les choses encore plus complexes, les documents passent d'une technologie à l'autre » (Harper, 1998, 28)

Cette omniprésence est relativement récente, si l'on s'appuie sur les travaux historiques qui relatent une « révolution de papier » (Gardey, 2008, np) au tournant du XXe siècle. Le constat d'une inadéquation entre les méthodes adaptées aux petites entreprises omniprésentes au XIXe siècle et l'extension progressive desdites organisations conduit à l'émergence d'un nouveau système de management des entreprises et des administrations. Aux État-Unis, puis en Europe, le « management systématique » se développe pour organiser les grandes entreprises qui fleurissent à cette période : « la communication informelle, fortuite et essentiellement orale au sein de la petite entreprise traditionnelle ne pouvait satisfaire aux exigences de la gestion systématique » (Yates, 1993, 2). Ce modèle repose notamment sur « des modes de communication plus formels et plus systématiques, principalement écrits » (*ibid.*). L'adoption de ces formes écrites de communication représente alors « une condition intrinsèque du développement d'États plus étendus, de systèmes de gouvernement plus impersonnels et plus abstraits » (Goody, 1979). La production de documents relève dès lors d'une « écriture procédurale, standardisée, une écriture explicitement investie de fonctions de mémoire et d'ordonnancement; une écriture normalisée, dédiée à la formalisation des échanges, des pratiques et des connaissances » (Denis, 2018, 70). L'hôpital est un exemple limpide de cette logique grandissante : aujourd'hui, le travail administratif y est omniprésent et presque aucun·e professionnel·le n'y échappe. Il devient donc impossible de comprendre l'activité d'un hôpital sans s'intéresser à ces objets scripturaux : les documents médico-administratifs.

Des objets graphiques ennuyeux ?

Les documents, notamment lorsqu'ils sont qualifiés d' « administratifs », sont souvent perçus comme des choses ennuyeuses. Ils sont les affleurements d'infrastructures complexes (Star, 2018 [1999] ; Durham Peters, 2016) qui « semble[nt] banale[s] au point de friser l'ennui, avec [leurs] branchements, normes et standards, et formulaires bureaucratiques » (Star, 2018 [1999]). En choisissant d'observer avec attention ces objets graphiques, je me joins à la *Society of People Interested in Boring Things*, créée en 1997 à Palo Alto, et tente de suivre le conseil du théoricien des médias John Durham Peters : « étudier comment les choses ennuyeuses sont devenues ainsi est en fait un bon moyen de ne jamais s'ennuyer » (Durham Peters, 2016, 36).

Les documents administratifs sont pourtant loin d'être ennuyeux, pour peu qu'on les observe de près : ils « sont un genre quotidien et banal de conception graphique » (Lee, 2022, 3-4), dont « l'aspect ennuyeux » est la conséquence d'une stratégie visuelle « qui dissimule la violence cachée derrière chaque bu-

reaucratie » (Pater, 2021, 97). L'organisation graphique de documents comme les formulaires est particulièrement importante car elle reste « en dessous du niveau de conscience » des personnes qui utilisent de tels objets (Hull, 2012, 15). La normalisation de leur usage en a fait des technologies de pouvoir, des instruments structurant le fonctionnement des administrations modernes : le caractère décentralisé du pouvoir s'exerce au travers d'une multitude de pratiques de gouvernementalité à des niveaux infimes et quotidiens (Foucault, 1994 [1984], 728- 9).

Les documents deviennent ainsi un des instruments majeurs de la modernité : « le programme moderniste visant à façonner l'ordre social par le biais de formes construites a élargi un régime matériel d'un autre type, tout aussi important : un régime de documents papier » (Hull, 2012, 1). Plus précisément, l'idéal-type de la bureaucratie développé par Max Weber (1978 [1921]), permet de dessiner les liens étroits qu'entretiennent les documents avec cette forme d'organisation rationnelle, basée sur le droit et une spécialisation du travail. Selon les critères de Weber définissant une organisation bureaucratique, sa gestion doit être rationalisée par la production de documents écrits dont l'archive des originaux, consultable par qui de droit, constitue une base légale de vérification des opérations menées. Il montre qu'un bureau est « formé à la fois par l'ensemble des fonctionnaires d'un même service et par les documents administratifs » (Weber, 1978 [1921], 957), soulignant à quel point ces documents ne sont pas simplement une commodité du fonctionnement des administrations mais bel et bien la matière qui les composent. Il faut ainsi garder à l'esprit que « presque toutes les activités bureaucratiques sont médiatisées à un moment ou à un autre par des artefacts graphiques » (Hull, 2012, 22). Matthew Hull souligne d'ailleurs l'imbrication entre pouvoir et objets graphiques en nommant « idéologies graphiques » l'ensemble de « conventions pour l'interprétation des formes graphiques » (Hull, 2021, 14) qui définissent « les relations normatives entre les genres de discours et les formes graphiques (par exemple, une communication officielle doit être présentée sur du papier à en-tête) » (Hull, 2012, 14).

L'appréhension de la dimension graphique des documents administratifs ne va pourtant pas de soi, comme le note Lindsay Prior : « lorsque des documents sont présentés pour examen, ils sont généralement abordés en fonction de leur contenu plutôt que de leur statut de "choses". En d'autres termes, l'accent est généralement mis sur le langage contenu dans le document en tant que moyen de pensée et d'action » (Prior, 2003, 3). Alors que les sciences sociales ont pris l'habitude de parler « d'écrits » lorsqu'il s'agit d'étudier des objets comme les documents administratifs, Hull souligne avec justesse que « les gens ne lisent pas l'écriture. Ils lisent (et font bien d'autres choses avec) des dossiers, des panneaux de signalisation, des formulaires, des écrans d'ordinateur, des rapports et des

cartes de visite » (Hull, 2012, 14). Il s'appuie sur un constat similaire chez Roger Chartier :

> « La signification, ou mieux, les significations historiquement et socialement distinctes d'un texte, quelles qu'elles soient, sont inséparables des conditions matérielles et des formes physiques qui rendent le texte "disponible pour les lecteurs" » (Chartier, 1995, 22).

Ainsi, il m'apparaît essentiel de qualifier les documents administratifs d'objets graphiques dont les pratiques de mise en forme doivent être étudiées au même titre que leur contenu textuel. Les objets graphiques renvoient ici à tout artefact dont l'action est dépendante d'un ensemble de signes complémentaires comprenant des éléments textuels (manuscrits ou typographiques), des images (figuratives ou non, d'origine photographique, picturale, vectorielle etc.), des symboles (flèches, encadrés, etc.) ou encore des systèmes d'organisation de l'information (tableaux, listes, diagrammes etc.)[1].

Le design graphique, compris comme l'« activité consacrée à la vie sociale des textes et des images » (Philizot, 2024, 42), ne se limite pas à la dimension symbolique des objets qu'il produit. Les documents ne sont pas seulement des images figées, ils agissent au sein des mondes sociaux qu'ils habitent. Ils constituent ce que Jack Goody nomme des « technologies intellectuelles » qui transforment la structure de la pensée : « Écrire ce n'est pas seulement enregistrer la parole, c'est aussi se donner le moyen d'en découper et d'en abstraire les éléments, de classer les mots en listes et de combiner les listes en tableaux » (Goody, 1979, 234). En ce sens, étudier les documents administratifs comme des objets graphiques revient à saisir comment leur forme agit sur leur contenu, dans des contextes variés.

Plusieurs travaux historiographiques produits par des designers graphiques évoquent ainsi la variété de ces objets graphiques qui ont été conçus comme les barreaux d'une « cage de fer de la discipline bureaucratique » (Leigh Star et Bowker, 2000). Chris Lee rappelle que la conception de « codes visuels, de signes sémantiques et d'éléments tels que les insignes des autorités étatiques [...] » contribuent à la stabilisation des normes administratives de l'État naissant (Lee, 2022, 10). Les premières formes de proto-typographie répondaient déjà à cette exigence : en fixant dans la matière – argile, métal, papier – des arrangements sociaux potentiellement instables, ces dispositifs ont donné naissance à un ordre documentaire fondé sur la preuve graphique : « Une fois durci par cuisson, le document en argile est sécurisé, la revendication est établie, objectivée et vérifiable. » (*ibid.*, 13). Ce pouvoir d'objectivation s'est progressivement fondu dans

[1] Cette définition a été élaborée dans le cadre d'un projet de recherche au long cours sur les « opérations graphiques » avec Louise Wambergue, 2022-en cours.

la culture graphique moderne. Les grilles, unités de mesure, formats et typographies sont devenus des techniques de standardisation qui permettent d' « atténuer les doutes et les différends » (*ibid.*, 17). Autrement dit, le design graphique, en produisant les conditions matérielles de ces écrits, les rend fiables, indiscutables, et donc puissants.

Ruben Pater prolonge cette analyse en retraçant le rôle du design graphique dans l'exercice du pouvoir à différentes échelles : il évoque l'évolution des techniques graphiques d'authentification des billets de banques, l'émergence de typographies conçues pour être lues par des machines dans les années 1960, comme la OCR-A, que l'on retrouve notamment sur les cartes bancaires. Il cite également le rôle qu'on joué les documents d'identité dans la création des états-nation et de la citoyenneté, et la manière dont leurs usages ont été reconfigurées par de nouvelles technologies graphiques : « Les documents officiels nécessitaient autrefois des formes graphiques telles que la calligraphie, du papier spécial et le gaufrage pour des raisons de sécurité et d'authentification. Les documents actuels reposent sur la sécurité électronique, les signatures et les codes-barres, qui ne sont lisibles que par des machines. Si l'authenticité reposait autrefois sur le talent du concepteur, elle est désormais confiée à des logiciels de reconnaissance optique (OCR) » (Pater, 2021, 97). En somme, les symboles graphiques, la typographie et les documents officiels ont remplacé un ordre vernaculaire des relations sociales en ordre bureaucratique (*ibid.*, 101).

Finalement, les documents administratifs, souvent jugés ennuyeux, sont en réalité des objets graphiques puissants : leur apparente neutralité visuelle participe à la stabilisation des normes, à la circulation du pouvoir et à la rationalisation bureaucratique. En étudiant comme des artefacts matériels et graphiques plutôt que comme de simples textes, on comprend qu'ils façonnent la pensée, les relations sociales et les institutions modernes, en inscrivant dans leurs formes mêmes les conditions de l'ordre social.

Une définition par l'action : que font les documents ?

La standardisation des documents utilisés dans les organisations au début du XXe siècle s'accompagne du développement de nombreuses technologies administratives (la machine à écrire, le papier carbone, les machines duplicatrices, les classeurs, les meubles de rangement, les techniques de télécommunication comme le télégramme, le téléphone, etc.) qui permettent de passer d'un temps de la conservation à un temps de l'action : « Autour du papier, du document écrit, du classement, un nouveau langage s'invente » (Gardey, 2008, np). Les documents administratifs sont mis au service de l'action bureaucratique qui n'aura

de cesse de s'accroître, mais ils ne sont ni les instruments inertes de cette action bureaucratique, ni des technologies autonomes qui exercent un pouvoir rationnel sur les organisations humaines. Les documents sont, comme je l'ai déjà mentionné, des inscriptions qui, en circulant, articulent un réseau d'acteur·ices autour d'intérêts communs (Callon, 1986). Ils contribuent à ce que Dorothy Smith qualifie de « construction sociale de la réalité documentaire » (1974) : les documents médiatisent les interactions sociales, ils produisent des formes de connaissance qui influencent notre rapport au monde. Les documents sont, par ailleurs, toujours le produit d'un travail (Prior, 2003, 4) : une peinture, un journal intime, une liste de courses, ou un billet de train « peuvent tous être considérés comme des documents à un titre ou à un autre » (*ibid.*, 2). Les documents administratifs qui m'intéressent ici ne doivent donc pas être considérés comme « des artefacts stables, statiques et prédéfinis » (*ibid.*), mais comme la manifestation graphique et écrite d'infrastructures à la fois techniques et relationnelles (Star, 1999).

Longtemps, ces écrits ont été compris comme nécessairement prescriptifs. Richard Harper s'étonne d'ailleurs que les documents soient souvent perçus comme des vecteurs d'objectivation des organisations, donc des objets inaltérables :

> « Les documents ne sont pas des instruments de rationalité organisationnelle ou des véhicules permettant de représenter tous les éléments pertinents de manière à permettre une prise de décision efficace et objective. Les documents sont plutôt des dispositifs au service d'une série d'objectifs locaux, à court terme, politiques, rituels et symboliques. Ainsi, les documents sont un moyen d'assurer une responsabilité post hoc, un moyen de justifier une décision, une méthode pour créer une apparence de rationalité et des artefacts qui sont produits à des fins rituelles et symboliques. « (Harper, 1998, 47)

Béatrice Fraenkel souligne l'une de ces pratiques paradoxales liés à des documents comme le rapport d'activité ou le journal d'entreprise : « ces écrits peuvent remplir des fonctions symboliques et réglementaires par le simple fait d'exister et de circuler sans pour autant être lus » (Fraenkel, 2001, 242). Ce type de pratique met à l'épreuve les principes de l'étude de la communication au travail qui a longtemps reposé sur un « modèle selon lequel le travail est une action planifiée, la mise en œuvre de tâches décrites à l'avance » (Fraenkel, 2001, 135). L'opposition de cette action planifiée à une action située a permis d'y intégrer « les paroles échangées, les interactions multiples permettant de réaliser des tâches, de se coordonner, de constamment faire face aux aléas, aux événements » (*ibid.*). Le Réseau Langage et Travail participe pleinement de cette approche en intégrant les écrits aux objets de communication située. Ces « écrits de

l'action » prennent place dans trois espaces (l'écriture de la relation salariale, la comptabilité et les écrits du contact avec l'extérieur) et ont trois fonctions (faire faire, faire savoir ou faire preuve) (*ibid.*, 254), qui permettent non seulement de documenter l'action mais aussi de la permettre et de l'autoriser (*ibid.*, 246).

D'autres définitions des documents s'appuient particulièrement sur l'action accomplie par ces derniers : bien plus qu'une « preuve à l'appui d'un fait » (Briet, 1951), le document produit des faits qui sont toujours affectés par leur contexte spécifique d'écriture et de réception. Les documents ont de nombreuses fonctions qui peuvent se combiner entre elles : ils ont la capacité d'identifier, mais permettent aussi de « collecter, préserver, organiser (arranger), représenter (décrire), sélectionner (retrouver), reproduire (copier) et diffuser » (Buckland, 1997). Une des qualités essentielles de ces « formes physiques de l'information » (Buckland, 1997) est la capacité de « savoir-montrer » (know-show function ; Gitelman, 2014), c'est-à-dire de manipuler des informations afin de les rendre intelligibles dans différentes situations. Richard Harper note quant à lui que « leur ubiquité reflète la diversité de leurs fonctions : ils transmettent l'information, ils la stockent et ils permettent aux individus d'expliquer leurs actions » (Harper, 1998, 28).

S'employer à définir les documents revient finalement, plutôt qu'à en dresser un portrait universel, à décrire les modalités de l'action qui déterminent son existence dans un contexte donné, et les usages qui en sont faits. Ainsi, ce que Dorothy Smith nomme la « text-reader conversation » (Smith, 2006) nécessite de considérer des « documents en action » (Prior, 2003) pour « rendre visible l'engagement du lecteur avec le document » (Smith, 2006, 104). Elle nous invite à ne pas considérer la lecture comme une activité passive mais toujours adaptée à des situations particulières. Tout en notant l'importance de « la constance du texte » dans les organisations et les institutions, elle note qu'ils peuvent « être conçus pour être lus différemment dans différents contextes d'action » (Smith, 2006, 118). Par exemple, un compte-rendus d'hospitalisation sera lu différemment par un médecin (qui lira la synthèse d'un raisonnement médical), un·e patient·e (qui lira le récit de son état de santé), par une secrétaire (qui lira des métadonnées permettant d'envoyer ou de ranger ce document) ou d'un·e agent·e de la Sécurité Sociale (qui lira la valeur économique d'une somme d'actes médicaux).

L'étude de l'action des documents implique donc d'analyser ces objets dans leurs contextes de production et d'activation. Antonia Langhof soutient à ce titre que les documents sont souvent considérés comme « des archives de décisions représentant la connaissance et la mémoire organisationnelles indépendamment de la mémoire des agents qui les ont créées » (Langhof, 2018, 3). Elle souligne que « les connaissances nécessaires à la production et à l'utilisation des documents,

ainsi que les changements de forme et de fonction, ne peuvent être reconstruits que partiellement à partir du document lui-même » (Langhof, 2018, 2) et propose de déployer des pratiques ethnographiques d'étude des documents, afin de « rendre explicites les dimensions souvent négligées, tacitement connues et/ou cachées de la création de sens » (Ybema *et al.*, 2009, 7). Pour décrire de tels « artefacts des pratiques modernes de la connaissance » (Riles, 2006), je me suis employée à les observer dans un contexte particulier : celui du secrétariat médical.

De quels documents parle-t-on à l'hôpital ?

> Formulaires ; Étiquettes ; Plannings de consultation ; Rapports d'autopsie ; Réquisitions ; Cartes de visite ; Cartes postales ; Rapports toxicologiques ; Procédures ; Plans blancs ; Modes opératoires ; Fiches de programmation ; Liste imprimée de consultations ; Convocations ; Fiches récapitulatives de cotation ; Lettres d'adressage ; Affiches imprimées ; Photographies de plaies dermatologiques ; Bons de transport ; Compte-rendu de consultation ; Compte-rendu opératoire ; Compte-rendu d'imagerie ; Compte-rendu d'analyse biologique ; Annuaires de médecins ; Documents d'identité ; Papier à en-tête ; Notes de cours ; Attestations de présence ; Tableaux de traçabilité des documents produits ; Fiches d'entrée ; Échéanciers ; Lettre-type ; Manuels de prélèvement ; Demandes d'examens ; Plannings de consultations ; Diapositives de formation ; Fiche saumon ; Tableaux de suivi ; Plannings de consultations ; Plannings de médecins ; Plannings de secrétaires ; Plannings d'astreintes ; Plannings ; etc.

Cette liste de documents a été dressée à partir de mes observations dans des secrétariats médicaux. Elle n'est pas exhaustive mais elle permet de se rendre compte de la diversité des objets graphiques qui sont manipulés au sein d'un hôpital. Cette hétérogénéité en rend la définition d'autant plus délicate. Il faut ainsi noter que les documents que j'ai listés sont ceux que j'ai trouvé dans un espace de travail particulier – le secrétariat – et cette liste serait bien différente si j'avais suivi des infirmier·ères ou des médecins. Les documents de ma liste ne sont pas ceux que l'on retrouve le plus souvent dans les études portant sur le travail des données à l'hôpital ou bien le travail « administratif » du personnel soignant. Le « dossier patient » (et les documents qu'il contient) a, par exemple, fait l'objet de nombreux travaux (Garfinkel 1967 ; Berg, 1996 ; Heath et Luff 2000 ; Isah & Byström 2020 ; Pine et Bossen, 2020 ; Acker, 2020) qui ont donné lieu à des définitions complémentaires de cet objet. Par exemple, Béatrice Fraenkel témoigne de la multiplication des documents à l'hôpital :

> « Est apparue dans les années récentes toute une gamme de supports écrits – fiches, questionnaires, livrets, chartes, bons, protocoles – dont le “dossier de soin” est la forme la plus connue, celle dont l'informatisation a fait couler le plus d'encre et mobilisé le plus d'énergie. Document individualisé regroupant toutes les informations concernant un malade actualisé quotidiennement, il est un maillon indispensable de la coordination entre les équipes et entre les fonctions. Consultation par tous à tout moment, produit d'une mémoire collective, il nécessite un lourd travail d'écriture et un travail correspondant de consultation » (Fraenkel, 2001, 45)

Isah et Byström définissent l'un de ces objets d'écriture – le dossier médical – « comme une collection de divers comptes rendus sur le parcours médical d'un patient et sur les soins médicaux qui lui sont prodigués » (Isah et Byström, 2020, 2), où les professionnel·les de santé accèdent à un « mélange d'actions passées, en cours et prévues, menées dans un cadre clinique » (*ibid.*). Elles insistent sur la fonction de médiation du dossier patient lorsqu'elles analysent des « clinical case notes ». Leur étude montre que ces documents observent de multiples usages : « ils servent à la fois de réservoir d'informations et de connaissances, et soutiennent ou médiatisent une pluralité d'activités liées aux soins dans l'équipe médicale » (*ibid.*, 11). Ils agissent également comme intermédiaires organisationnels et « traversent les frontières de l'équipe, des autres unités ou départements, des patient·es ainsi que du temps » (*ibid.*). Bien que leur contenu soit stable en apparence, leur interprétation varie selon la place occupée par chaque acteur·ice dans le soin : « le contenu et la présentation sont identiques pour tous, mais leur signification change selon la relation de chacun avec le patient. Chaque acteur les incorpore à ses propres activités » (*ibid.*, 12). Cet exemple illustre parfaitement ce que Béatrice Fraenkel nomme des « écrits de l'action » : des documents qui ne se contentent pas d'enregistrer, mais participent activement à la mise en œuvre des soins.

L'exemple précédent permet de situer l'action d'un objet comme le dossier patient, mais il limite l'analyse aux seuls usages du personnel soignant. La définition du dossier médical reste ainsi incomplète, car rendue aveugle à certains usages – comme ceux du personnel non-soignant que sont les secrétaires médicales. La définition de Geraldine Fitzpatrick de ce qu'elle nomme des écrits du travail (*working records*) me semble, à ce titre, plus intéressante pour prendre en compte un ensemble de documents qui ne sont pas principalement « médicaux » : elle parle d'un « ensemble évolutif, complexe et interdépendant de formulaires, de papiers et de documents qui s'inscrivent dans le milieu social, spatial et organisationnel de l'hôpital. En outre, la nature physique et tangible du dossier permet une utilisation flexible, favorise les préférences locales, permet la superposition de fonctionnalités et de conversations sur le lieu de travail,

contribue à rendre le travail visible pour les autres, est facile à déplacer et permet de répondre rapidement aux besoins » (Fitzpatrick, 2000).

Pour étudier les secrétariats médicaux, il est indispensable de redéfinir ce que l'on nomme communément des documents, et plus largement les dossiers qui les contiennent. Pour ne pas restreindre l'analyse aux seuls documents manipulés par le personnel soignant (médecins et infirmier·ères principalement), je parlerai de documents (ou de dossiers) médico-administratifs, pour y inclure ce qui relève d'un entre-deux entre la nature strictement médicale de certaines informations et la manière dont ces dernières sont agrégées et agencées dans de nombreux dispositifs documentaires. Il s'agit par exemple de toutes les formes de plannings, de calendriers ou de listes qui recouvrent les bureaux, les murs et les écrans des secrétariats. Tous ces documents sont au service d'objectifs variés, parfois complémentaires, parfois conflictuels : à l'hôpital, on souligne souvent les frictions existant entre une « logique de soin » et une « logique gestionnaire », mais on peut également citer les enjeux stratégiques de l'établissement et plus largement des politiques publiques en santé, de la recherche clinique ou de la protection légale de l'établissement et de ses employé·es. Il ne s'agit pas de nier la centralité accrue du « dossier patient » dans l'organisation de la prise en charge des soins, mais de prendre en considération un environnement documentaire plus large, dont l'existence est indispensable au fonctionnement dudit dossier patient.

Pour étudier les objets graphiques que sont les documents, à fortiori les documents médico-administratifs, dans leurs contextes de production et d'usage, je décrirai plus précisément ce que j'ai nommé des « opérations visuelles de traduction ». L'étude de ces opérations permet de saisir comment les actions nécessaires à l'appréhension de l'information s'imbriquent entre des personnes (les secrétaires) et des objets (les documents).

Des opérations de traduction visuelle de l'information médico-administrative

J'ai précédemment décrit l'omniprésence à l'hôpital des documents, des objets graphiques « en action » qu'il est nécessaire d'étudier dans leur contexte de production et d'usage. Pour ce faire, j'ai choisi d'utiliser la notion d' « opération visuelle de traduction » comme outil conceptuel pour décrire le travail des secrétaires médicales. Je détaille ici les trois composantes de cette notion : les pratiques de traduction ; la notion d'opération ; la dimension visuelle de ces opérations.

Traduire l'information médico-administrative

J'ai expliqué en début de chapitre que les secrétariats sont remplis d'inscriptions qui participent à traduire l'information médico-administrative vers de nouvelles destinations et usages. La « traduction » désigne ici bien plus qu'un simple transfert d'une information. Il s'agit d'un processus par lequel des acteur·ices ou entités hétérogènes (humain·es et non-humain·es, objets, discours, institutions) sont mobilisés pour former un réseau. La traduction engage une transformation des identités et des relations entre différent·es acteur·ices. C'est une opération instable qui permet de construire une cohérence apparente là où il y avait de l'hétérogénéité.

> « Traduire, c'est déplacer [...]. Mais traduire, c'est également exprimer dans son propre langage ce que les autres disent et veulent, c'est s'ériger en porte-parole. À la fin du processus, s'il a réussi, on n'entend plus que des voix parlant à l'unisson et se comprenant mutuellement » (Callon, 1986, 204)

Les documents médico-administratifs – lettres, comptes rendus, tableaux de suivi, etc. – ne sont ainsi pas de simples canaux d'information. Ils sont, avec les secrétaires médicales ou les médecins qui les fabriquent, les médiateurs qui traduisent des situations cliniques, des diagnostics, des contraintes administratives ou réglementaires, comment en témoignent Isah et Byström : « Le rôle de médiation des dossiers médicaux devient central lorsqu'ils sont considérés comme un objet frontière qui habite simultanément plusieurs contextes et possède des significations à la fois locales et partagées » (Isah et Byström, 2020, 5).

Les secrétaires médicales participent activement à ce geste de traduction : en sélectionnant, reformulant, mettant en forme, agençant, elles font tenir ensemble des mondes disparates (le soin, le droit, la technique, la gestion). C'est en ce sens que leur travail peut être décrit comme un travail de traduction, et non pas seulement d'intermédiaire : alors qu'un « intermédiaire désigne [...] ce qui véhicule du sens ou de la force sans transformation », des « médiateurs transforment, traduisent, distordent, et modifient le sens ou les éléments qu'ils sont censés transporter » (Latour, 2005, 58).

Néanmoins, ces pratiques de traduction ont plus couramment été étudiées lorsqu'elles sont mises en œuvre par des acteurs dominants de l'innovation – scientifiques, ingénieurs, managers – au détriment d'autres formes de travail de traduction. C'est précisément cette invisibilisation que critique Susan Leigh Star, en soulignant combien les récits de traduction sont centrés sur les figures de l'autorité et « une grande partie du travail est attribuée à la figure centrale, effaçant le travail des secrétaires, des épouses, des techniciens de laboratoire et de toutes sortes d'associés » (Star dans : Law, 1990, 39). Ce constat n'est selon elle, pas tant

lié à la reconnaissance de l'importance d'une multitude de points de vue, mais à un défaut méthodologique : « Nous savons comment discuter du processus de traduction du point de vue du scientifique, mais beaucoup moins de celui du technicien de laboratoire, et encore moins de celui du concierge du laboratoire » (Star dans : Law, 1990, 43).

À l'hôpital, cette analyse résonne avec les grands récits des transformations technologiques souvent centrés sur des collaborations entre des médecins et des entreprises privées. Les secrétaires médicales ne sont jamais les actrices visibles de ces projets, leur rôle étant jugé marginal, comme de nombreuses formes de travail :

> « Tout comme la théorie féministe a tenté de valoriser le travail domestique en tant qu'élément intrinsèque de l'économie à grande échelle, le travail invisible de la pratique, l'équilibre entre les membres et la politique de l'identité sont essentiels pour l'économie des réseaux. Qui supporte le coût de la distribution et quelle est la nature de l'individu dans la théorie des réseaux ? Je pense que les réponses à ces questions commencent par un sens de la multiplicité des êtres humains et des objets, et par un engagement à comprendre tout le travail qui maintient un réseau normalisé pour certains. Aucun réseau n'est stabilisé ou normalisé pour tout le monde » (Star dans : Law, 1990, 54)

Les secrétaires médicales prennent pourtant en charge, à leur échelle, ce coût de la distribution évoqué par Susan Leigh Star : leur position, à l'interface de plusieurs espaces géographiques et sociaux de l'hôpital, les amène à mobiliser des métaphores pour rendre intelligible leur rôle. Certaines mobilisent un champ lexical de la « propreté » dans la production et l'organisation de documents (voir chapitre 7) ou bien parlent de pratiques « d'enquêtes » qui leur sont nécessaires pour compléter les informations manquantes dans certains documents (voir chapitre 13). Ces métaphores ne sont pas anecdotiques mais indispensables pour rendre visible ce travail, qui ne saurait se passer de mots pour le décrire :

> « Parce que nous sommes tous membres de plus d'une communauté de pratique et donc de nombreux réseaux, au moment de l'action, nous rassemblons des répertoires issus de mondes différents. Entre autres choses, nous créons des métaphores - des ponts entre ces différents mondes. » (Star dans : Law, 1990, 62)

Néanmoins, les pratiques que désignent ces métaphores restent rarement reconnues comme des contributions à part entière au bon fonctionnement des infrastructures. Elles ne participent que marginalement à la valorisation institutionnelle du travail de traduction.

> « Le pouvoir dépend de la métaphore qui rapproche les mondes et les maintient ensemble » (Star dans : Law, 1990, 62)

Suivre les pratiques de traduction à partir du point de vue des secrétaires me permet de m'inscrire dans une lignée de travaux qui ont suivi la critique formulée par Susan Leigh Star, s'intéressant notamment à l'étude de la maintenance des infrastructures (*maintenance studies*). On peut citer les travaux de Lucy Suchman sur la maintenance des photocopieurs (1996), celui de Jérôme Denis et David Pontille sur la maintenance de la signalétique dans le métro parisien (2010) ou encore celle des bases de données d'un portail d'information sur les maladies rares (Dagiral et Peerbaye, 2012).

Suivre la traduction depuis les marges du réseau, c'est donc déplacer la focale de la sociologie de la traduction vers les gestes qui en assurent la tenue quotidienne. Conceptualiser la notion d'opération permet dès lors de décrire ces formes modestes de traduction.

Des opérations de traduction

À l'hôpital, la notion d'opération évoque en premier lieu les opérations médicales et chirurgicales. Ces opérations renvoient à des pratiques extrêmement précises et structurées, fruit d'un apprentissage long et donnant lieu à une reconnaissance professionnelle certaine. Mais ici, je voudrais ouvrir cette notion à des pratiques radicalement différentes : les opérations que je souhaite décrire dans les secrétariats hospitaliers font l'objet d'une reconnaissance bien moindre, bien qu'elles soient tout aussi nombreuses que les premières. Elles se distinguent d'un imaginaire collectif de l'opération chirurgicale planifiée, maîtrisée, contrôlée, par leur inventivité et les marges d'adaptation qu'elles permettent dans des environnements soumis à l'imprévu.

Cette démarche évoque celle du théoricien des médias Jussi Parikka, lorsqu'il s'intéresse aux « images opérationnelles » qui « organisent une grande partie de ce que la culture contemporaine regarde fondamentalement, y compris les figures, les graphiques, les diagrammes, les trajectoires, les modèles, les plans, les simulations, les écrans de contrôle, les feuilles de calcul, etc » (Parikka, 2023, np). Selon lui, ces images ne représentent pas, elles opèrent. Tout comme les documents médico-administratifs opèrent à l'hôpital : ce sont des images qui ne sont pas regardées pour ce qu'elles sont mais pour ce qu'elles font. En l'occurrence, elles opèrent des transformations de l'information médico-administrative qui permettent l'organisation des soins dans un hôpital.

Le caractère opérationnel de ces images est néanmoins ancré dans ce que Parikka nomme un héritage « militaro-technique » (Parikka, 2023, np) : l'utilisation de ce terme renvoie à la centralité des instruments dans la production des savoirs scientifiques et la porosité historique entre sciences, médecine et dispositifs de surveillance ou contrôle militaire. L'usage moderne du terme opération s'enracine dans le contexte militaire du XXe siècle, notamment lors du développement de la recherche opérationnelle, née dans les armées britannique et américaine des années 1930, avant de se développer pendant la Seconde Guerre mondiale comme méthode d'analyse quantitative des actions militaires visant leur optimisation. Cette approche, fondée sur la modélisation mathématique des mouvements et des flux, a ensuite été prolongée durant la guerre froide au sein d'institutions comme la RAND Corporation (Research ANd Development, crée en 1948), qui ont transformé ces pratiques en véritables systèmes d'analyse et d'apprentissage fondés sur les données. L'opération devient alors un principe général de rationalisation : une manière d'agir sur le réel par la formalisation et le calcul.

J'aimerais donc ici éloigner la notion d'opération de cet imaginaire militaro-technique pour lui donner un sens différent. Cette notion me permet, contrairement à celles de « pratiques » ou de « gestes » de désigner ce que « font » à la fois des personnes et des objets : les secrétaires, tout comme les documents et les instruments qu'elles manipulent, opèrent ensemble sur l'information. En ce sens, je reprends une acception large du terme d'opération, issue du latin *operari* – « travailler, accomplir un travail » : une « action ou série d'actions organisées en vue d'atteindre un but donné, d'obtenir un résultat déterminé[2] ». Cette acception est déjà utilisée dans le champ des STS, où l'action humaine et non-humaine est étudiée de concert. On retrouve ainsi chez Madeleine Akrich des opérations « effectuées par les objets techniques » (Akrich, 1987) et qui permettent de souligner l'agentivité de ces derniers : les opérations ne sont pas que l'affaire des humain·es. Chez Bruno Latour, les opérations font émerger des relations invisibles (entre la géologie et l'économie par exemple ; Latour, 1987) : il montrent comment les faits se fabriquent par des opérations de traduction.

Enfin, j'utilise la notion d'opération pour mettre en oeuvre une description méthodique de ce que je nomme ici l'activité secrétariale : en anthropologie, la méthode des chaînes opératoires s'avère particulière utile pour décrire la transformation matérielle d'objets tout au long de processus de travail (qu'il soit artisanal, industriel, ou administratif). Pierre Lemonnier en propose une définition particulièrement intéressante : une chaîne opératoire est une « série d'opérations impliquées dans toute transformation de matière (y compris nos propres corps)

[2] Définition du Cnrtl, URL : https://www.cnrtl.fr/definition/op%C3%A9ration

par les êtres humains » (Lemonnier, 2019). La dimension sérielle des opérations évoquées dans cette définition permet notamment d'éviter un survol hâtif de certaines pratiques professionnelles, notamment celles que l'on suppose simples ou évidentes. Si l'on parle souvent du « secrétariat » ou des « secrétaires », en convoquant des représentations figées de ces entités, on n'utilise jamais la notion d'activité secrétariale, au même titre que l'on parle d'activité médicale. Les opérations que je m'emploie à décrire dans la deuxième partie de ce manuscrit permettent alors de décrire une telle activité.

La nature visuelle des opérations

Pour parvenir à décrire cette activité secrétariale, je développerai pour finir l'importance de la dimension visuelle de ces opérations, souvent ignorée dans les travaux en sciences sociales.

La sociologue Madeleine Akrich s'est intéressée à de telles opérations, mais sans nommer leur dimension visuelle ou graphique. Dans ses travaux portant sur les médicaments, et plus précisément les notices de médicaments, elle décrit le rôle essentiel de cet objet, qu'elle ne qualifie pas de « graphique », dans la liaison nécessaire entre différent·es acteur·ices de l'action thérapeutique : la notice « réinscrit le médicament dans le réseau qui le définit, mais laisse indéterminé tout ce qui concerne l'usager et son environnement proche » (Akrich, 1996, 9). La notice fait ainsi partie d'un ensemble d'objets (ordonnance, vignettes, feuilles de maladie, emballages externes, emballages en contact avec le médicament, notices, compte-goutte, cuillère, verre etc., qui font l'objet d'opérations affectant leur usage :

> « L'ordonnance, exécutée par le pharmacien, peut être encore répétée, commentée, voire réinscrite sur les emballages des médicaments, alors que les vignettes, décollées de l'emballage sont collées sur la feuille de maladie. L'ensemble médicaments-feuille de maladie disparaît dans une poche en papier qui les dérobe aux regards indiscrets et inscrit la pratique quotidienne dans l'univers juridique qui établit le droit au secret médical. » (Akrich, 1996, 3).

Si Akrich n'analyse pas en tant que telles les modifications visuelles de ces objets, il est pourtant pertinent d'y voir l'effet d'une série d'opérations visuelles de traduction : la somme d'interventions concrètes qui affectent l'apparence des supports (agencement, position, couleur, forme, etc.) reconfigurent leur lisibilité, leur usage, leur statut. Jérôme Denis évoque cette dimension visuelle, lorsqu'il définit le travail des données : il évoque des « opérations graphiques » qui, dans un contexte scientifique, « uniformisent, filtrent, améliorent [une] représentation ». Ces opérations « isolent progressivement les traits pertinents des phé-

nomènes, articulant dans un même mouvement la simplification du réel et l'organisation de sa perception collective. » (Denis, 2018, 55). Dans le contexte évoqué par Jérôme Denis, qui repose sur les travaux de Bruno Latour et Steve Woolgar (2006 [1979]), les opérations renvoient aux inscriptions produites par des instruments scientifiques. Des inscriptions que l'on retrouve en grand nombre aussi dans les secrétariats, mais il m'a semblé que me restreindre à ces seules inscriptions me privait d'une part essentielle de l'analyse de l'activité secrétariale. En effet, cette activité repose aussi sur un grand nombre d'opérations qui ne consistent pas à inscrire (au sens graphique du terme), et plus largement à créer des données de toute pièce, mais à déplacer – une information, un document, un dossier, un carton, un meuble. Ces déplacements affectent ce que j'ai appelé l'écosystème visuel du secrétariat : lorsqu'une armoire ou le système d'organisation des fichiers d'un intranet est modifié, il n'a pas été question d'inscriptions, et pourtant, la perception de l'information s'en voit transformée. Ainsi, j'ai préféré utilisé le terme d'opérations visuelles de traduction pour inclure ces différents aspects de l'activité secrétariale à mon analyse.

À l'hôpital, les secrétaires médicales prennent part quotidiennement à des opérations visuelles de traduction : une pile de dossiers qui a été triée dans un certain ordre pour fluidifier leur accès aux médecins, une nouvelle couleur choisie sur une interface graphique pour qualifier un type de rendez-vous ou bien la justification d'un texte sur un logiciel de traitement de texte qui rend un document plus lisible et « propre ». En somme, prendre au sérieux la dimension visuelle des opérations permet de mieux comprendre l'activité secrétariale dans toute sa portée matérielle et cognitive. Les secrétaires façonnent sans cesse, à l'aise des outils dont elles disposent, les conditions de visibilité de l'information. En ajustant l'agencement des dossiers, la couleur d'un code, la mise en page d'un document, elles produisent un ordre perceptif qui rend le travail collectif possible.

Pour conclure, ce chapitre a permis de situer les documents comme un élément central de l'activité secrétariale. Ces objets graphiques font partie d'un écosystème visuel au sein duquel se déploient des opérations visuelles de traduction de l'information, qui permettent de faire circuler l'information médico-administrative. Ces opérations émanent de l'action collective de personnes et d'objets – en l'occurence, les secrétaires médicales, les documents et les outils de bureautique.La deuxième partie de ce manuscrit prolonge cette réflexion en proposant d'analyser une série de ces opérations visuelles de traduction, telles qu'elles ont été observées dans les secrétariats hospitaliers.

La deuxième partie de ce manuscrit ouvre véritablement sur les résultats de l'enquête de terrain que j'ai menée. Chaque chapitre présente un type « d'opération visuelle de traduction de l'information médico-administrative ». Pour introduire cette partie, je voudrais revenir sur la manière dont j'ai structuré ces résultats, et notamment le travail d'agencement des objets et des gestes que j'ai pu observer et qui constituent, ensemble, des opérations de traduction.

Partie 2

Mener l'enquête : des opérations de traduction visuelle au cœur des secrétariats

La liste comme outil de description

Les listes sont des objets graphiques que j'ai beaucoup croisé dans le cadre de cette enquête, et dont je me saisis à mon tour comme d'une « technologie intellectuelle » (Goody, 1979). Assez proche de la collection – accumulation d'objets, organisée ou non –, ou de l'inventaire – épuisement structuré d'objets, la liste laisse une place à l'infinitude de l'exercice supposément fini de l'inventaire : il autorise le « etc. » qui ouvre plus qu'il ne conclue une liste. Liam Cole Young note que les listes peuvent fonctionner comme des dispositifs de communication, des formes culturelles, des modes opérationnels d'écriture, des dispositifs de stockage ou d'archivage, des formes poétiques ou bien des médiateurs (Young, 2017). Les listes sont « des cadres qui maintiennent ensemble des éléments distincts et disparates » (Young, 2017, 7). John Law et Annemarie Mol donnent ainsi à la liste la capacité de regrouper sans apprivoiser son contenu : « Les éléments de la liste ne sont pas nécessairement des réponses aux mêmes questions, mais peuvent être liés entre eux d'une autre manière, par exemple socialement, parce qu'une liste peut être le résultat du travail de différentes personnes qui y ont chacune ajouté quelque chose. Elle reste cependant ouverte, car une liste diffère d'une classification en ce qu'elle reconnaît son incomplétude » (Law et Mol, 2002).

L'exercice de la liste s'inscrit dans une lignée déjà établie de travaux visant à étudier des écrits. Dans un ouvrage de synthèse des travaux du réseau Langage et Travail, Béatrice Fraenkel note que « l'inventaire des supports [des écrits] et leur typologie est en soi un domaine de recherche peu exploré » (Fraenkel dans : Fraenkel et Borzeix, 2001, 124), suite à la production d'une liste des écrits étudiés par les membres du réseau en 1993 :

> « bilans, comptes de produits et de pertes, règlements d'activité, livret ouvrier, registre, matricule, fichier du personnel, contrats, contentieux, relances, statuts, audits, projets, études, circulaires, bordereaux, fiches de paye, autorisation d'absence, de déplacement, bons de retraits d'un magasin, consignes, modes d'emploi, documentations techniques, cahier de suivi d'un malade, commandes, bon d'approvisionnement, bons de fabrication » (*ibid.*, 239).

L'exercice de la classification a été adressé par plusieurs autres travaux : une « typologie des écrits d'entreprise » (Cottereau *et al.*, 1989) distingue les imprimés destinés au public en général (grand public, associés, clients) et les imprimés à usage interne (documents de gestion, règlements d'ateliers, circulaires, fiches ; mais aussi documents de négociation entre direction et salariés et périodiques internes). Lindsay Prior distingue quant à lui non pas des types d'écrits ou de documents, mais des processus de production, de consommation et

d'échange à l'œuvre dans tout document (2003, 172). On retrouve cet exercice, d'une bien plus large ampleur, avec le projet *Scriptopolis*, qui s'emploie à classifier, sur un blog puis dans un ouvrage collectif (Denis, Pontille, Alauzen, Artières, Torny, 2019) un grand nombre d'écrits « qui trient, valident, enregistrent, attestent, et grâce auxquels nous pouvons effectuer un nombre considérable d'opérations » (*ibid.*, X). Les entrées de cet inventaire sont organisées par instruments, lieux, modes et surface d'inscription de ces écrits.

L'utilisation de la liste est enfin particulièrement pertinente dans le projet d' « Encyclopédie des gestes au travail » (2020) de la chorégraphe Sylvia Balestra. Elle liste et classe d'innombrables gestes récoltés, filmés, photographiés pour faire apparaître des associations inattendues : « Et si les savoir-faire de l'infirmière avaient à dire quelque chose des soins qu'un métallier prend de sa matière en fusion et de la « santé » qu'elle doit avoir pour être travaillée ? ». C'est une liste ouverte traversée d'anecdotes que les travailleur·euses taisent, et dont la nomenclature est composée des matériaux manipulés – bière, brique, drap, fumée, métal, poussière, béton, bois, ciel, feu, lait, oeufs – et de verbes d'action routinières – assembler, brasser, contrôler, décrasser, démouler, forer, godiller, limer, mesurer, nettoyer, perfuser, etc. Dans le sillage de ce travail autour des gestes et des écrits du travail, j'ai donc souhaité proposer une liste des « opérations visuelles de traduction » pour qualifier le travail des secrétaires médicales.

Traitement des matériaux empiriques

Avant d'entrer dans le cœur de cette liste, dont chacun des chapitres de cette partie constitue une entrée, j'aimerais décrire les nombreuses transformations qu'ont connus les matériaux récoltés durant mon enquête : les documents, les objets et les opérations qui sont rassemblées ici ont été extraits des carnets que j'ai noircis durant mes observations dans différents secrétariats. Le contenu de ces carnets a été retranscrit sur mon ordinateur, via un outil de traitement de texte (Notion). Puis, j'ai créé un premier tableau dans lequel j'ai organisé des extraits de ces notes selon des catégories fonctionnelles (contexte de l'enquête, organisation du service, relation aux patient·es, relations aux autres professionnel·les, espaces de travail, documents logiciels et procédures ; gestion de l'information ; programmation et planification ; formation et rémunération). J'ai ensuite utilisé un logiciel d'annotation de données qualitatives (Atlas.ti) pour thématiser ces données selon des entrées fonctionnelles affinées mais aussi des entrées théoriques (invisibilité ; collaboration ; charge mentale ; espace-frontière ; opération graphique ; etc.). Ces premières tentatives de tri de mes données m'ont permis de structurer mon analyse visant à qualifier le travail des secré-

taires médicales en identifiant de premières thématiques (le travail d'articulation, le travail collaboratif, la dimension sensible du travail, la féminisation du travail, etc.). J'ai ensuite listé toutes les « situations » qu'il m'a semblé pertinent de raconter, afin de les rédiger, sous la forme de textes allant de quelques lignes à plusieurs pages. La rédaction de ces situations m'a ensuite permis de dégager, pour chacune d'elle, des objets (clavier ; imprimante ; agrafeuse ; etc.) et des gestes associées (copier ; frapper ; scanner, etc.), qui ont ensuite été recoupés avec les thématiques que j'avais identifiées précédemment.

Ce travail itératif s'inspire de l'analyse thématique, telle qu'elle est formulée par Virginia Braun et Victoria Clarke : « une méthode d'analyse et d'interprétation des schémas dans un ensemble de données qualitatives, qui implique des processus systématiques de codage des données » (Braun et Clarke, 2024, 4). L'objectif de cette méthode de codage des données est d'identifier des thèmes – des « patterns of meaning » (Braun et Clarke, 2024, 4) –, qui permettent de structurer l'analyse de données qualitatives. Cette méthode renvoie aux pratiques de raisonnement abductives, qui se distinguent du modèle hypothético-déductif car elles ne proposent pas d'hypothèses a priori : elles émergent des données de l'enquête. Elles se distinguent également du modèle inductif en ce qu'elles ne prétendent pas établir de lois générales à partir de l'observation des faits mais proposent une interprétation sensible et individuelle d'un phénomène (Caillet, 2019, 88). Ainsi, le travail mené n'a jamais suivi à la lettre une méthode établie, mais en adoptant ce que Braun et Clarke nomment une « sensibilité qualitative » (*ibid.*, 7), qui renvoie à l'inventivité que j'ai évoquée dans le chapitre 3.

Finalement, sous la simple apparence de listes, les opérations présentées dans les chapitres suivants sont le fruit d'un long travail de manipulation de données qualitatives. Il n'a pas vocation à se refermer sur un point final mais suggère plutôt que cette liste reste à compléter.

Une liste d'opérations

Le tableau présenté sur les pages suivantes est donc le fruit d'un travail de tri qui m'a amené à identifier 8 catégories de gestes observés chez les secrétaires médicales : agencement ; formalisation ; copie ; articulation ; enquête ; secret ; cognition ; soin.

Ces gestes s'ancrent dans un environnement matériel qui a lui-même été organisé selon 9 types d'objets : informations ; documents ; mobilier ; espaces ; software ; hardware ; objets d'organisation ; objets d'écriture ; Autres.

Le croisement de ces catégories d'objets et de gestes amène à la structuration des 8 types d'opérations, chacune faisant l'objet d'un chapitre dans cette deuxième partie.

Une fresque matérielle des infrastructures de l'information hospitalière

Les chapitres qui composent la partie 2 de ce manuscrit sont composés d'un corps de texte principal maillé de « vignettes » qui se présentent sous la forme de planches illustrées. Ces vignettes ne sont nullement secondaires dans la compréhension des résultats de mon enquête : elles en sont le matériau principal. Les enjeux de chaque chapitre sont ainsi incarnés dans la lecture, textuelle et graphique, de ces vignettes dont la somme forme une fresque de représentations de l'infrastructure qu'est le système d'information hospitalier, du point de vue des secrétaires médicales.

Ces vignettes sont autant de récits du travail, que certain·es appelleraient « anecdotes de terrain », mais auxquelles je redonne leurs lettres de noblesse en leur consacrant une forme singulière de représentation. Leur multiplication est un choix revendiqué dans le cadre de mes recherches car ces récits n'existent (presque) nulle part ailleurs et qu'ils permettent de décrire finement les manières dont le travail médico-administratif s'incarne.

Enfin, au-delà de leur lecture individuelle, ces vignettes s'inscrivent dans une fresque matérielle du secrétariat. Mon enquête montre que le travail des secrétaires médicales ne peut pas être réduit à des procédures administratives abstraites. Il s'ancre dans un écosystème matériel foisonnant, où circulent et se frottent une multitude d'objets. Ces choses ne sont pas des éléments de décor : elles pèsent sur l'activité, configurent des rythmes, imposent des gestes, permettent ou empêchent certaines opérations. En recensant ces objets et leurs usages, on voit apparaître toute une gamme de qualités physiques qui traversent les secrétariats. Ces qualités sont perceptibles, sensibles, et elles conditionnent directement l'action : densité et volume (empilable, débordant, encombrant, compressible), surface et texture (lisse, rugueux, transparent, opaque, adhésif, effaçable), temporalité (éphémère, persistant, durable, périssable), sonorité (claquant, bourdonnant, sourd, vibrant), relation et circulation (reliant, séparant, circulant, bloquant). Ces qualités hétérogènes décrivent un monde de matières qui agissent sur le travail autant que le travail agit sur elles.

Mobilier

Poubelle	Chaises de bureaux	Armoires	Meubles à tiroirs
Etagères	Bureaux	Tabourets à roulette	Vitrines
Banque d'accueil	Tables	Panneaux muraux	Séparateurs d'espaces
Casier	Caisson à roulette		

Informations

Données administratives	Nom, prénom	Date de naissance	Adresse postale, mail et numéro de téléphone
Numéro Insee	Numéro de séjour	Numéro d'identification du patient (NIP)	Identifiant National de Santé (INS)
Informations ce couverture sociale (mutuelle, CMU, etc.)	Contact d'une personne de confiance	Contacts médicaux (médecin traitant)	
Données médicales	Données génétiques	Données médico-légales	Données psychiatriques

Espaces

Couloirs	Salles d'attente	box de consultation	Bureaux infirmiers
Bureaux des internes	Bureaux des médecins	Secrétariats	Bureaux annexes
Hall d'accueil	Ascenseurs		

Documents

Documents externes	Formulaires	Documents tâchés, abîmés	Etiquettes
Plannings de consultation	Plannings de travail	Rapports d'autopsie	Documents imprimés
Documents numériques	Réquisitions	Cartes de visite	Cartes postales
Rapport d'analyse toxicologique	Procédures	Documents hors-format	Fiches de programmation
Liste imprimée de consultations	Convocations	Ordonnances	Fiches récapitulatives de cotation
Questionnaires	Lettre d'adressage	Compte-rendu de consultation	Compte-rendu opératoire
Compte-rendu d'examen	Compte-rendu d'analyse biologique	Lettre de sortie	Lettre de liaison
Affiches	Photographies		

Objets d'écriture

Cahier d'historique des appels	Agendas	Feutres et stylos	Stabilo
Papier brouillon	Petits mots	Cahier de correspondance	Fichettes cartonnées
Brosse	Signatures de mails automatiques	Lettres-types	Dictionnaires et annuaires

Software

Planet Press Logiciel de gestion d'envoi des courriers	**DxCare** Dossier patient informatisé	**DxPlanning** Logiciel de gestion de rendez-vous	**DxLab** Dossier patient informatisé pour les services de biologie
(Sans nom) Logiciel pilote des scanners	**Microsoft office** Logiciels de bureautique	**DxUrgences** Dossier patient informatisé pour le service des urgences	**DevGen** Dossier patient informatisé pour les services de génétique
Chronos Logiciel de gestion des ressources humaines	**Chorus** Logiciel de facturation électronique du secteur public	**Medlé** Plateforme de statistique médico-légale	**Pastel** Logiciel de gestion administrative
Medimail Messagerie Sécurisée de Santé	**Doctolib** Service de gestion de rendez-vous	**Kalilab** Logiciel de gestion documentaire	**MHLink** Plateforme de télé-surveillance
Sharepoint Cloud interne à l'établissement	**Outlook** Service de messagerie	**Intranet**	Mon Espace Santé
Zenidoc Logiciel de reconnaissance vocale et de transcription de documents	**XMedius Fax** Logiciel de fax numérique	**DxImages** Dossier patient informatisé pour les services d'imagerie médicale	**SAPHIA INTELLO NEXT** Logiciel de facturation des consultations privées
PACS Plateforme de stockage des images médicales			

Objets d'organisation

Pochettes	Enveloppes	Dossiers	Classeurs
Intercalaires	Post-it	Carnets	« Bibles »
Bannettes	Parapheurs	Trieurs	Pochettes de prélèvement
Colis	Cartons d'archivage	Enveloppes d'archivage	Pochette en tissu
Calendriers	Scotch	Trombones	Agrafes

Hardware

Scanner	Imprimante	Scanette	Fax
Mac	PC	TPE	(Double) moniteur
Casque audio	Pédale de frappe	Clavier	Souris

Divers

Souvenirs	Bibelots	Affiches	Peintures et dessins

Opérations d'agencement

Disposer	Montrer	Afficher	Visualiser
Mettre en scène	Superposer	Doubler	Séparer
Associer	Délimiter	Répartir	Formaliser
Mettre en évidence	Classer	Ranger	Lister
Etaler	Faire propre	Trier	Retourner
Organiser	Empiler	Spatialiser	Séquencer
Agrafer	Etiquetter	Mettre sous pli	Importer
Scanner	Dépouiller	Numériser	Faxer
Mettre en page	Plier	Imprimer	Stocker
Approvisionner	Archiver	Conserver	Accumuler
Jeter	Emballer et déballer	Transférer	Compter
Commander	Recycler	Clôturer	Supprimer
Envoyer	Décliner	Décharger	Distribuer

Opérations de formalisation

Lisser	Nettoyer	Enjoliver	Normaliser
Harmoniser	Structurer	Automatiser	Simplifier
Hiérarchiser	Fluidifier	Sécuriser	Paramétrer
Optimiser			

Opérations de copie

Compléter	écrire	Remplir	Rédiger
Créer	Raturer	Commenter	Nommer
Représenter	Colorer	Surligner	Gribouiller
Parapher	Signer	Frapper	Taper
Transcrire	Noter	Copier-coller	Recopier

Opérations d'articulation

Plannifier	Préparer	Anticiper	Prévenir
Articuler	Adapter	Programmer	Bricoler
Prévoir	Changer	Mettre à jour	Corriger
Ajuster	Editer	Modifier	Debugger
Dépanner	Réparer	Connecter	Collaborer
Coopérer	Coordonner	Discuter	Insister
Négocier	Prioriser	Valider	Faire faire
Diriger	Déléguer	Faire circuler	Assister
Mutualiser	Transmettre	Téléphoner	Communiquer

Opérations secrètes

Dissimuler	Cacher	Anonymiser	Garder le secret
Identifier			

Opérations d'enquête

Chercher	Enquêter	Demander	Collecter
Copier-coller	Documenter	Survoler	Voir
Observer	Deviner	Parcourir	Vérifier
Récolter	(Re) lire	Assembler	Extraire
Relever	Choisir	Décoder	Traduire
Déchiffrer			

Opérations cognitives

(S') interrompre	Attendre	Accélérer	Se souvenir
(Se) rappeler	(Se) Répérer	Décrocher	Garder le fil
Suivre	Mettre en attente	Mémoriser	Contourner
S'ennuyer	Rattrapper	(Se) Déplacer	Faire barrage

Opérations de soin

Accueillir	Réceptionner	Garder le lien	Se soucier
écouter	Guider	Faciliter	Médier
Orienter	Rassurer	Informer	Expliquer
Dialoguer	(Sur)veiller	Décorer	

Ce chapitre explore la manière dont les secrétaires médicales assurent un travail de mise en ordre visuel et documentaire à l'hôpital, qui repose sur des manières de « faire propre ». Ce travail esthétique consiste à maintenir la lisibilité et la continuité de l'information médico-administrative au sein d'environnements saturés de documents, d'objets et d'écrans. Il s'agit de montrer comment les secrétaires configurent les conditions matérielles de l'action collective dans les services hospitaliers : elles rendent l'information actionnable. La propreté n'est pas qu'un idéal moral, mais une opération quotidienne de mise en forme et de stabilisation de l'information. L'analyse des pratiques autour des plannings, des boîtes mail ou des pochettes de sortie révèle un écosystème visuel du travail administratif, traversé de tensions entre rigueur normative et contraintes matérielles.

Disposer, Montrer, Afficher, Visualiser, Superposer, Doubler, Séparer, Associer, Répartir, Mettre en évidence, Classer, Ranger, Trier, Organiser, Empiler, Agrafer, Etiqueter, Mettre sous pli, Importer, Dépouiller, Mettre en page, Plier, Stocker, Accumuler, Emballer, Déballer, Distribuer

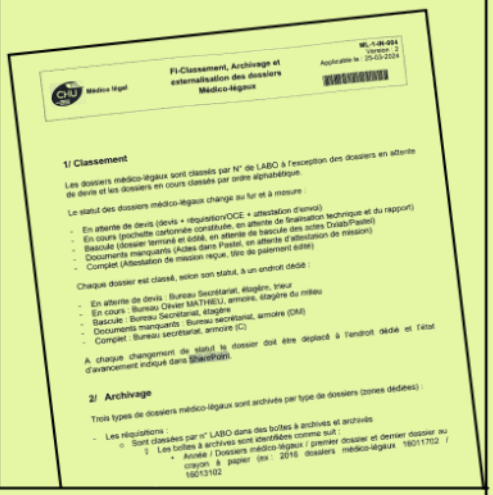
Chapitre 7

« Faire propre »
L'ordre et l'information médico-administrative

« Je suis madame formulaire »

Lorsque je rencontre Manon, elle est déjà installée à son bureau, dans une pièce étroite qu'elle partage avec une autre secrétaire du service de toxicologie.
Située au 2e sous-sol du bâtiment, je suis étonnée de trouver tout de même une petite fenêtre donnant sur l'extérieur : un puits de lumière entouré des branches d'une plante grimpante éclaire subtilement l'arrangement de 3 bureaux imbriqués autour d'un axe central. L'un d'eux n'est pas occupé de manière permanente et octroie une respiration dans cet espace confiné ou chaque centimètre fait l'objet de négociations : est-il préférable d'avoir l'imprimante à portée de main ou bien d'avoir un passage plus large pour aller et venir entre le bureau et la porte ?

Dans le dos de Manon, de grandes étagères montées sur crémaillère regroupent des boîtes d'archive transparentes proprement étiquetées, et contenant des pochettes colorées. À sa droite, une armoire est également remplie de boîtes transparentes, vides le jour de ma présence. L'impression d'un ordre savamment organisé m'est confirmé par Manon, qui m'explique volontiers le système de rangement qu'elle a mis en place.



Médico légal

FI-Classement, Archivage et externalisation des dossiers Médico-légaux

ML-1-IN-001
Version : 2
Applicable le : 25-03-2024

1/ Classement

Les dossiers médico-légaux sont classés par N° de LABO à l'exception des dossiers en attente de devis et les dossiers en cours classés par ordre alphabétique.

Le statut des dossiers médico-légaux change au fur et à mesure :

- En attente de devis (devis + réquisition/OCE + attestation d'envoi)
- En cours (pochette cartonnée constituée, en attente de finalisation technique et du rapport)
- Bascule (dossier terminé et édité, en attente de bascule des actes Dralab/Pastel)
- Documents manquants (Actes dans Pastel, en attente d'attestation de mission)
- Complet (Attestation de mission reçue, titre de paiement édité)

Chaque dossier est classé, selon son statut, à un endroit dédié :

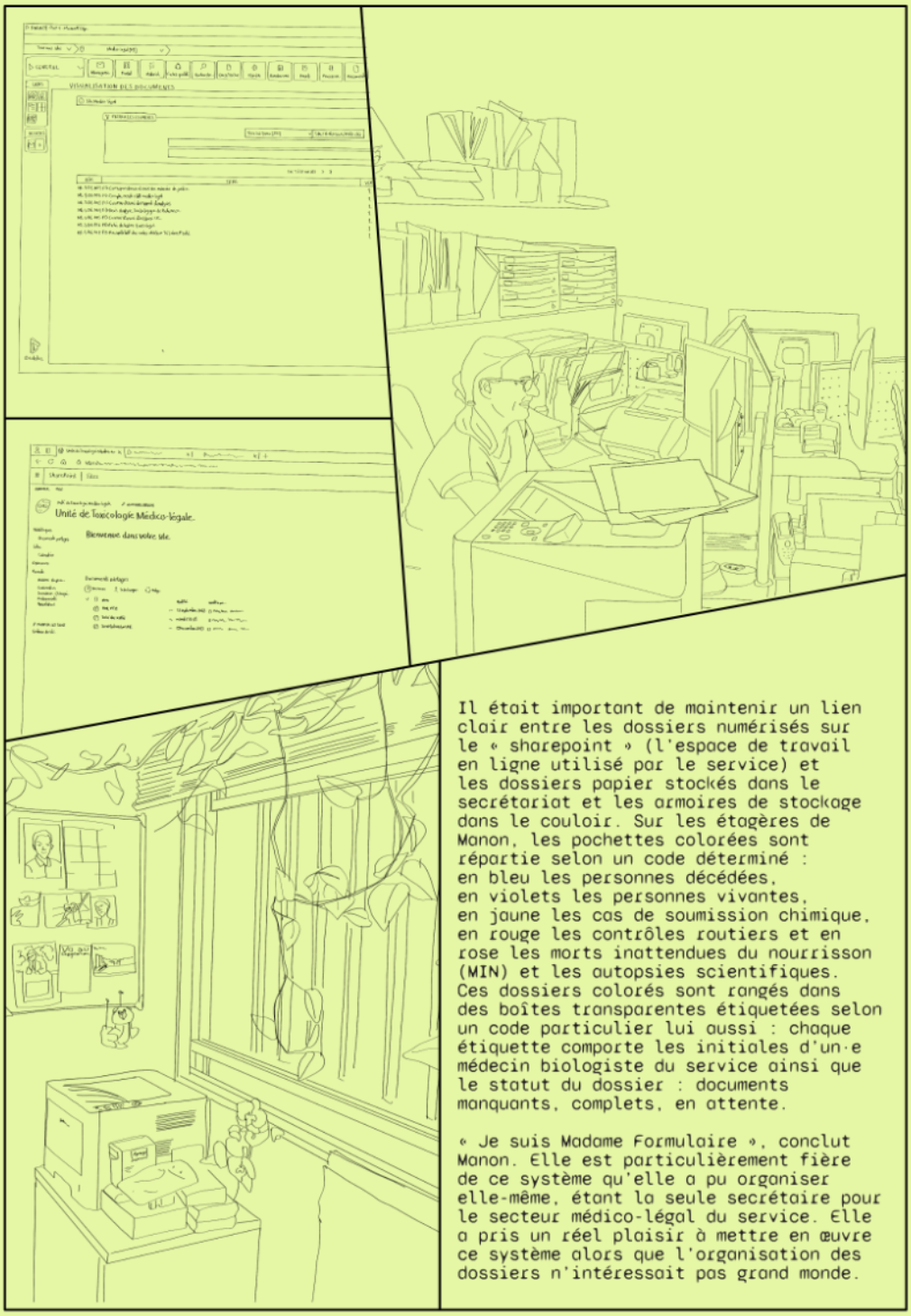
- En attente de devis : Bureau Secrétariat, étagère, trieur
- En cours : Bureau Olivier MATHIEU, armoire, étagère du milieu
- Bascule : Bureau Secrétariat, étagère
- Documents manquants : Bureau secrétariat, armoire (DM)
- Complet : Bureau secrétariat, armoire (C)

A chaque changement de statut le dossier doit être déplacé à l'endroit dédié et l'état d'avancement indiqué dans SharePoint.

2/ Archivage

Trois types de dossiers médico-légaux sont archivés par type de dossiers (zones dédiées) :

- Les réquisitions :
  - Sont classées par n° LABO dans des boîtes à archives et archivés
    - Les boîtes à archives sont identifiées comme suit :
      - Année / Dossiers médico-légaux / premier dossier et dernier dossier au crayon à papier (ex : 2016 dossiers médico-légaux 16011702 / 16013102



Il était important de maintenir un lien clair entre les dossiers numérisés sur le « sharepoint » (l'espace de travail en ligne utilisé par le service) et les dossiers papier stockés dans le secrétariat et les armoires de stockage dans le couloir. Sur les étagères de Manon, les pochettes colorées sont répartie selon un code déterminé : en bleu les personnes décédées, en violets les personnes vivantes, en jaune les cas de soumission chimique, en rouge les contrôles routiers et en rose les morts inattendues du nourrisson (MIN) et les autopsies scientifiques. Ces dossiers colorés sont rangés dans des boîtes transparentes étiquetées selon un code particulier lui aussi : chaque étiquette comporte les initiales d'un·e médecin biologiste du service ainsi que le statut du dossier : documents manquants, complets, en attente.

« Je suis Madame Formulaire », conclut Manon. Elle est particulièrement fière de ce système qu'elle a pu organiser elle-même, étant la seule secrétaire pour le secteur médico-légal du service. Elle a pris un réel plaisir à mettre en œuvre ce système alors que l'organisation des dossiers n'intéressait pas grand monde.

Ordre et propreté : un écosystème visuel du travail médico-administratif à l'hôpital

Le travail des secrétaires médicales repose sur des objets visuels d'une grande variété, des documents qui s'empilent sur leurs bureaux aux interfaces de leurs écrans. Les secrétaires doivent aiguiser leur regard pour appréhender ces objets : en connaître les codes graphiques, savoir y repérer les bonnes informations, apprendre à les reproduire. En d'autres termes, développer une « vision professionnelle » (Goodwin, 2009) permettant la production de catégories pour organiser des phénomènes, mettre en évidence des éléments saillants ou bien produire des représentations (*ibid.*, 606). Cette vision se forge au fil des mois et des années d'expérience. La vision professionnelle que développent les secrétaires médicales les amènent à organiser leur travail autour d'une certaine conception de l'ordre mais aussi de la « propreté » de leur environnement de travail. J'ai qualifié dans un chapitre précédent cet environnement d'écosystème visuel de l'information hospitalière et je voudrais montrer ici que les secrétaires médicales se font les garantes de cet écosystème visuel en mettant en place une vision professionnelle qui se manifeste par un travail esthétique.

Le concept de « travail esthétique », développé par Anne Witz, Chris Warhurst et Dennis Nickson (2003), permet d'appréhender cette dimension du travail des secrétaires médicales. Les auteur·ices situent ce travail à trois endroits : l'esthétique de l'organisation, l'esthétique dans l'organisation et l'esthétique en tant qu'organisation (Witz *et al.*, 2007, 91). La notion de travail esthétique est principalement mobilisée pour désigner la mise en valeur de dispositions corporelles dans les interactions de service, telles que l'apparence, la posture, les gestes ou encore le regard. Dans ce registre, « le travail esthétique désigne la mobilisation, le développement et la marchandisation de dispositions incorporées » (*ibid.*, 93), que les employeur·euses sélectionnent, façonnent et valorisent afin de produire une expérience sensorielle attrayante pour les usager·ères ou les client·es. Toutefois, cette approche peut être étendue au-delà de la seule corporéité pour penser l'esthétique de l'organisation elle-même, dans ses dimensions matérielles, visuelles et sensibles. Witz et ses collègues distinguent ainsi une esthétique « hardware » – incluant l'aménagement des espaces, les supports de communication, la présentation des objets – et une esthétique « software », liée aux manières de se tenir, de circuler, d'occuper l'espace ou de s'adresser à autrui (*ibid.*, 97-98). Dans cette perspective, le travail esthétique peut être envisagé comme un travail de maintien des formes visibles qui rendent l'action possible. C'est en ce sens qu'il est particulièrement opérant pour qualifier une part du travail des secrétaires médicales : un travail discret mais central d'ordonnancement visuel, de mise en forme des supports et des documents, de signalisation et de hiérarchi-

sation de l'information. Ce travail contribue à produire un écosystème visuel de l'information hospitalière – un agencement des choses qui permet aux autres professionnel·les qui gravitent autour du secrétariat de « voir » ce qu'il y a à faire. Il ne relève pas d'un goût personnel : il s'agit d'un processus de codification visuelle (ces paysages organisationnels sont « construits pour être vus » ; Gagliardi, 2006, 711), d'éducation du regard qui rend les choses « visibles » et « agissables » dans un espace saturé de signes. L'organisation repose ainsi sur un partage implicite du regard : savoir où chercher une information, comment lire un écran, où poser un post-it, comment interpréter un surlignage, sont autant d'exemples de ces conventions perceptives construites collectivement.

Ce travail repose en particulier sur la maintenance d'affordances de l'information. Autrement dit, le secrétariat est composé d'un ensemble de choses qui participent pleinement au travail médico-administratif. Ces choses – une armoire, un classeur, l'interface d'un logiciel – donnent à voir le travail en cours, et doivent être organisées de manière à ce que ce travail se fasse de la façon la plus fluide possible. Cette organisation repose sur une certaine forme d'ordre et de propreté qui est en grande partie garantie par les secrétaires médicales.

La notion d'affordance, reprise par Ian Hutchby (2001) à la psychologie écologique de J. J. Gibson (1966), désigne la perception de ce que permet un objet pour un agent donné : non pas une propriété purement matérielle, mais une possibilité d'action qui dépend à la fois de la configuration de l'objet et des compétences des usager·ères. Appliquée au secrétariat, cette notion rend visible le rôle souvent négligé des personnes qui assurent la mise en forme des conditions d'action vis-à-vis de l'information médico-administrative. Les secrétaires médicales produisent ainsi des affordances informationnelles : leur travail ne se limite pas à faire circuler ces informations, mais consiste aussi à rendre l'information mobilisable, lisible, actionnable par d'autres. Qu'il s'agisse de souligner une date sur un document imprimé, de trier des résultats selon les attentes d'un médecin, ou encore de reformuler un message pour un logiciel trop rigide, elles fabriquent les conditions concrètes de l'action des autres. Ce faisant, elles opèrent un travail de stabilisation des affordances dans un environnement instable, où logiciels, papiers, consignes orales et temporalités cohabitent sans nécessairement s'aligner.

L'écosystème visuel que les secrétaires travaillent à organiser a notamment vocation à produire une visualisation du travail, à le rendre perceptible à distance en un clin d'œil. Durant mon enquête, j'ai à de nombreuses reprises entendu différentes variations d'une expression mobilisant un champ lexical de la propreté : « faire propre », « mettre au propre », « ranger », « nettoyer ». La propreté est une notion indispensable pour comprendre ce que font les secrétaires à l'hôpital et en particulier pour comprendre comment elles parviennent à produire un

effet « panoramique » du « travail en cours » et du « travail à faire ». Cette mise en visibilité du travail repose sur un certain nombre d'objets dont l'usage combiné (choisi ou non par les secrétaires) produit tantôt une meilleure visibilité de l'activité, tantôt une dégradation de celle-ci.

L'un des objets qui incarne le mieux la mise en scène de cette vision « panoramique » est le double-écran d'ordinateur, un objet convoité parmi les secrétaires mais que peu d'entre elles parviennent à justifier auprès de leur hiérarchie. Ces double-écrans se justifient notamment lorsque les secrétaires doivent participer à l'organisation d'une activité qualifiée de complexe : celle des urgences ou encore la programmation d'interventions chirurgicales en ambulatoire. Ces double-écrans mettent le plus souvent en scène des plannings mis en forme sur Excel ou bien sur un logiciel dédié à la gestion de rendez-vous. Dans certains services comme l'imagerie médicale, les plannings sont l'un des objets graphiques que les secrétaires manipulent le plus. Ces plannings sont particulièrement complexes car les modalités de programmation de certains examens et interventions sont multifactorielles : ils demandent aux secrétaires une coordination des patient·es, de leurs examens et analyses préalables avec la disponibilités d'un ou plusieurs médecins de l'établissement, dans des temporalités parfois serrées. Les plannings se superposent alors sur les écrans, grâce à des systèmes d'affichage de couches graphiques multiples, mais ils débordent aussi autour des écrans, imprimés et affichés aux murs. Ces plannings sont sujets à des changements répétés, et il faut constamment s'assurer qu'ils n'entrent pas en conflit et qu'ils restent lisibles pour l'ensemble des membres de l'équipe de soin : l'écosystème visuel du secrétariat s'étend ainsi dans l'espace physique du secrétariat mais aussi sur les écrans d'ordinateurs.

La BALF (boîte aux lettres fonctionnelle) fait également partie de cet écosystème visuel : cette boîte mail commune est une porte d'entrée générique pour quiconque veut contacter le service, notamment pour programmer une consultation. C'est aussi, pour les professionnel·les de l'établissement ou du service un endroit unique pour s'adresser aux secrétaires, qui traitent les tâches collectivement, sans distinction entre elles. Les BALF sont la plupart du temps un espace de stockage de nouvelles informations mais aussi un véritable espace d'organisation collectif du travail : les secrétaires s'y répartissent le traitement de telle ou telle demande grâce à un système de tri et d'annotation colorée des emails.

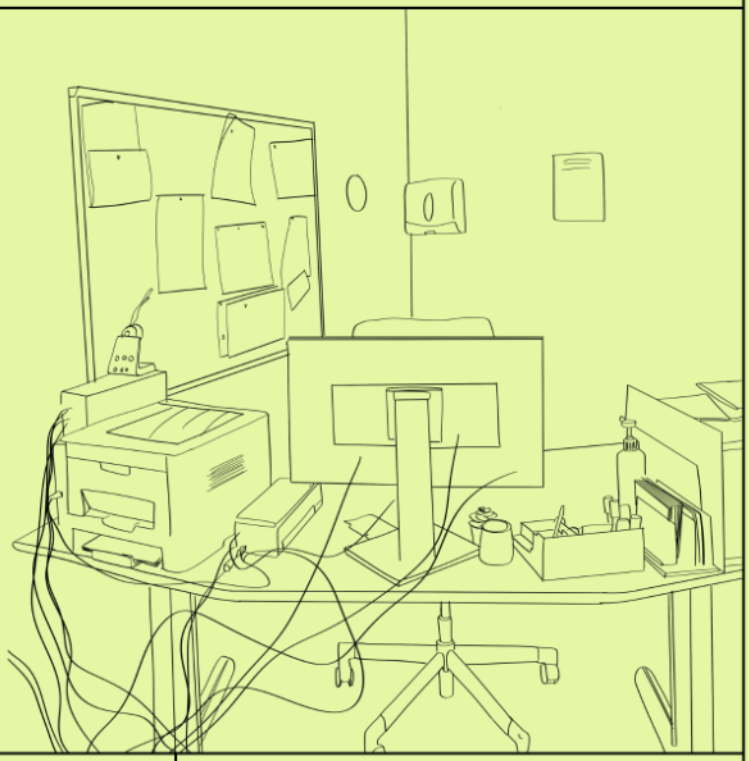
Dans certains services hospitaliers, la propreté est une affaire qui ne concerne pas que les secrétaires, ces dernières répondant à des impératifs fixés par certaines disciplines médicales comme la biologie. Si certaines spécialités médicales n'ont que peu fait cas de la formalisation documentaire de leurs pratiques, les laboratoires de biologie ont l'obligation de documenter régulièrement leurs pra-

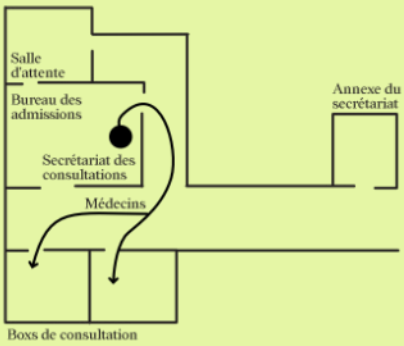
tiques, depuis le prélèvement d'échantillons jusqu'à la rédaction de compte-rendus d'analyse, en passant par les procédures d'interprétation des résultats. Ainsi, un logiciel de gestion documentaire est utilisé par tous les laboratoires de biologie de l'établissement : ce dernier est la colonne vertébrale d'une « mise au propre » bien particulière que l'on nomme couramment les démarches qualités. Des protocoles, des procédures, des fiches de poste, manuels de prélèvement, des formulaires et documents types sont autant de documents que l'on retrouve sur ce logiciel, dont chaque contenu doit être mis à jour et paraphé par les membres du service tous les 2 ans. Ce sont des centaines de documents qu'il faut ainsi maintenir à jour des normes de l'activité en biologie, dictée par la norme ISO 15189:2012 (mise à jour en 2022). On pourrait également citer les bannettes, les classeurs ou encore les tableaux en liège ou les tableaux Velleda comme autant de ces choses qui participent d'un écosystème visuel de l'information médico-administrative, coordonnée par un travail esthétique mené par les secrétaires médicales. Néanmoins, ce travail ne se fait pas sans heurts et il se re-négocie constamment avec les personnes qui entourent les secrétaires, notamment leurs collègues.

Les secrétaires, leurs collègues et la propreté

Pour comprendre ce qui se joue lorsque les secrétaires tentent de rendre propre l'environnement administratif qui les entoure, il faut s'intéresser à l'histoire d'une notion largement étudiée dans la sociologie du travail médical : les « bad records » (une documentation incomplète, inégale) sont en premier lieu le fruit du travail des professionnel·les de santé, et particulièrement des médecins. Harold Garfinkel constate en 1967 la fréquence de ces *bad records* et l'uniformité de la manière dont ils sont « mauvais ». Pratique à laquelle il identifie de « bonnes raisons » : les écrits médicaux n'ont pas pour vocation initiale de rendre universellement lisible un dossier médical, mais bien de produire une information s'adressant à une ou plusieurs personnes en particulier, capables de saisir le contexte et l'objectif de ces écrits. Selon lui, ces bad records « sont persistants, ils sont reproduits d'un dossier clinique à l'autre, ils sont standards et apparaissent avec une grande uniformité lorsqu'on compare les systèmes de rapports de différentes cliniques, ils sont obstinés à résister au changement, et par-dessus tout, ils ont la saveur de l'inévitable » (Garfinkel, 1991). Il explique cette persistance par un jeu de pratiques routinières qui amènent différents acteur·ices à établir des rapports entre différents éléments contenus dans un dossier médical (*ibid.*, 192). Sans la compréhension de ces pratiques, on en arrive rapidement à qualifier la mauvaise qualité de bon nombre de dossiers médicaux. La conceptualisation de la notion de *bad records* est née d'une certaine exté-

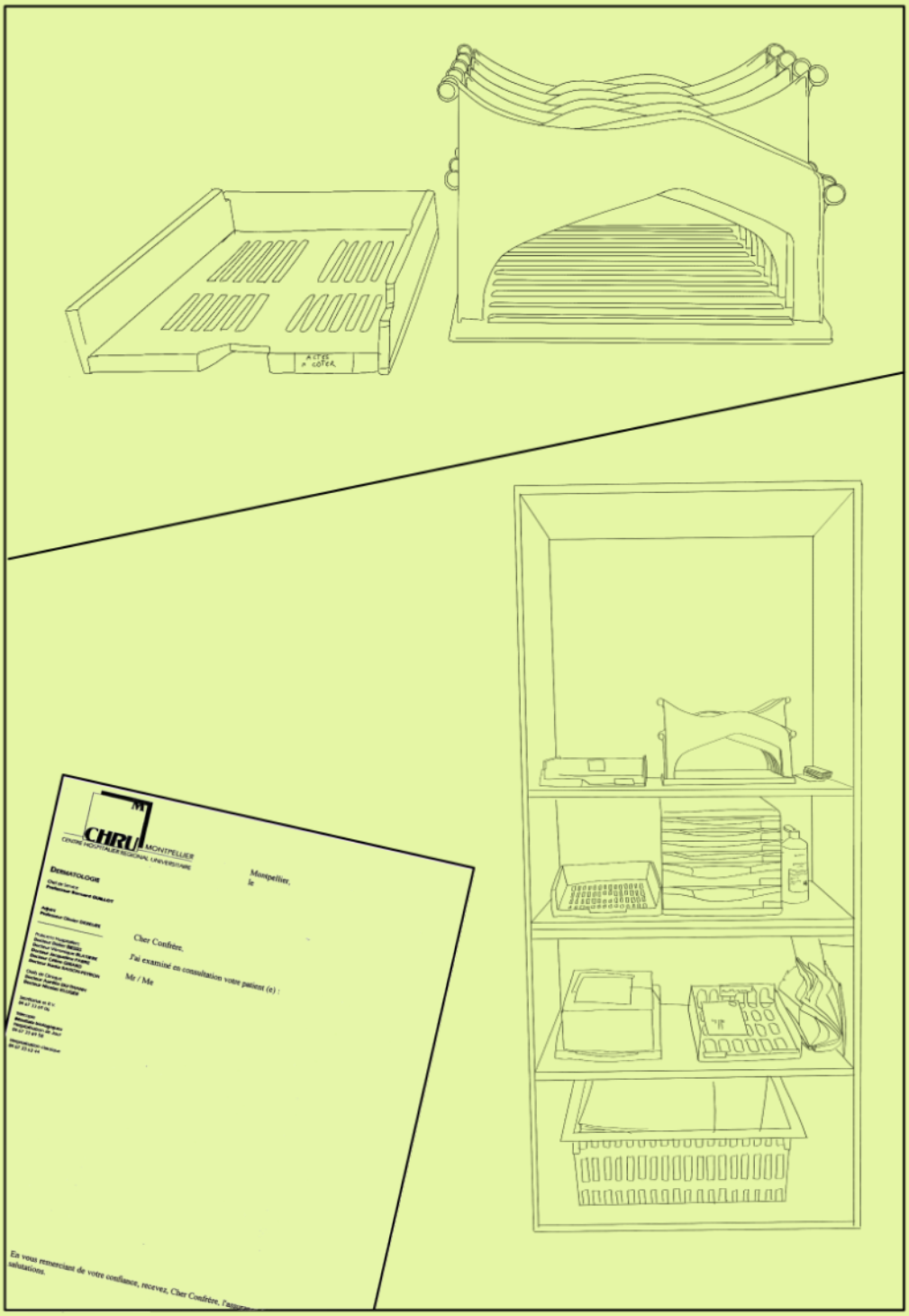
Le *trieur des consultations*





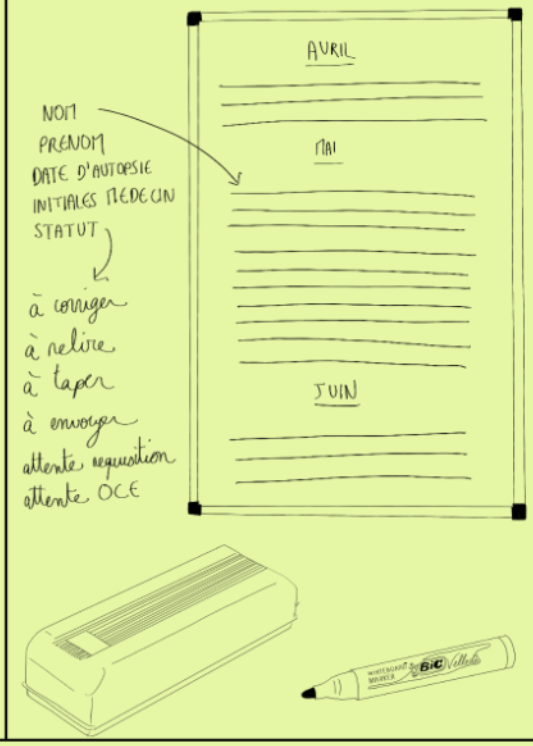
Sur une étagère derrière l'un des bureaux d'accueil du secrétariat de dermatologie, de nombreux·ses membres de l'équipe de soin s'agglutinent autour d'un drôle de de support en plastique gris, aux courbes presque baroques. Chacune de ses tranches maintient en place une pochette contenant les fiches de consultation de la demi-journée pour chaque médecin. Ainsi, chacun·e d'entre elles et eux viennent régulièrement récupérer la fiche du ou de la prochain·e patient·e, vérifiant au passage l'avancement de leur demi-journée de consultations ainsi que celle de leurs collègues. Ce trieur en plastique, aussi simple puisse-t-il paraître, permet de visualiser la charge de travail du service sur une demi-journée.

Il concerne directement les médecins, mais les infirmier·ères et aides-soignant·es y jettent également des coups d'œil distants, tandis que les secrétaires mettent à jour les fiches qui s'y trouvent, en fonction de consultations qui s'ajoutent ou s'élèvent. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre un médecin constater à haute voix le retard pris par un·e collègue dans ses consultations.


CHRU MONTPELLIER
DERMATOLOGIE
Montpellier,
le
Cher Confrère,
J'ai examiné en consultation votre patient (e) :
Mr / Mr
En vous remerciant de votre confiance, recevez, Cher Confrère, l'assur
salutations.

Le tableau au milieu de la pièce

Le service de médecine légale est séparé en deux secteurs : l'institut médico-légale qui s'occupe des autopsies et l'unité médico-judiciaire qui s'occupe de la médecine légale du vivant. Ce dernier est situé au rez-de-chaussée, proche de l'entrée du bâtiment, tandis que le premier se situe au sous-sol. On ne parvient au bureau des secrétaires médicales qu'après avoir traversé plusieurs couloirs éclairés au néon. Dans ce bureau dont les vitres donnent sur le couloir, l'activité se concentre essentiellement sur la frappe des rapports d'autopsie. Les deux postes de travail du bureau sont tournés vers un tableau Velleda présentant une liste de noms qui sont triés par mois et associés à plusieurs informations : la date de l'autopsie, le médecin responsable ainsi que le statut du rapport rédigé (à corriger, à taper, à envoyer, en attente de la réquisition). Ce tableau rythme les journées des secrétaires, chacune se levant régulièrement pour modifier une ligne du tableau ou bien en effacer une à l'aide d'une brosse (signe que le dossier a été traité et archivé).

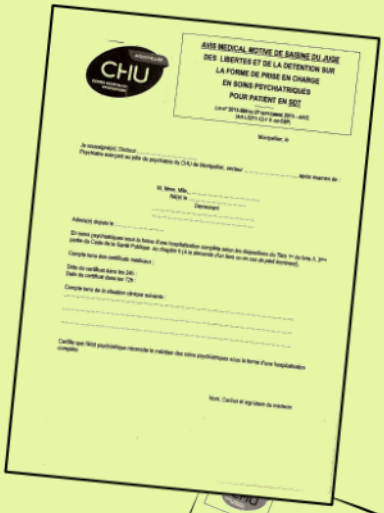


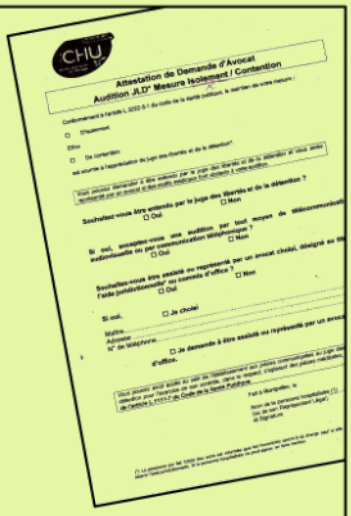
Ce tableau est parfois consulté par les médecins qui passent dans le bureau, et constitue un outil collectif de visualisation de l'activité du secrétariat : la répartition des lignes sur chaque mois indique le retard de frappe. Plus les mois passent, plus les lignes disparaissent, et lorsque les mois passés continuent d'afficher un nombre anormalement haut de lignes, les secrétaires en réfèrent aux médecins, car ces retards sont rarement de leur fait.

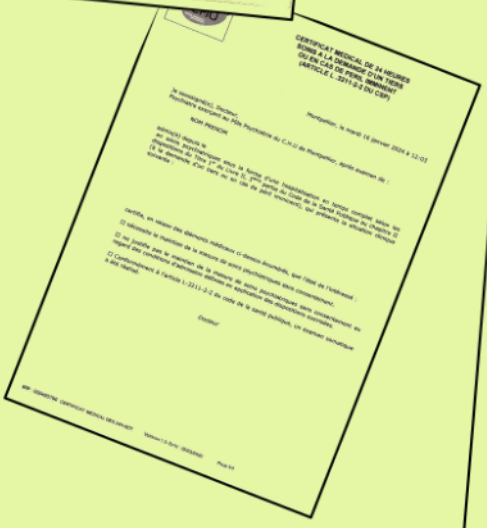
Les dossiers en psychiatrie

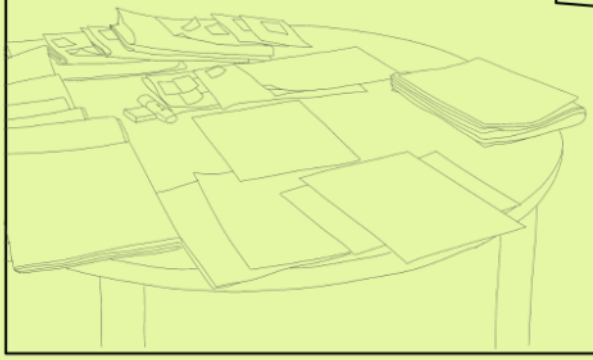
En psychiatrie, la profusion d'information est liée aux contacts très réguliers avec des acteurs divers et souvent extérieurs à l'hôpital (tribunal, « bureau des lois » de l'hôpital, services sociaux). Si le papier permet de pallier aux problèmes de mise en circulation de l'information auprès de différents acteurs de la chaîne du parcours de soin, il permet également, à l'échelle du secrétariat, de rendre visible le travail en cours et à venir. Pour s'assurer de ne pas oublier certains documents et de les produire en temps voulu, les secrétaires ont développé un système particulier qui s'articule autour d'une « table de dossiers » située un peu à l'écart des bureaux. Cette table regroupe des piles de documents (des piles par patient·e et des piles par médecin) qui leur permettent de « visualiser » chaque dossier (qui sont aussi numérisés au fur et à mesure). On y trouve des dossiers de patient·es qui vont être admis dans le service, des lettres à envoyer ou des documents à faire signer par les médecins ou les infirmier·ères.

Si les dossiers des patient·es sont également complétés sur le dossier patient informatisé, cette table représente pour les secrétaires un indicateur direct du travail en cours, l'objectif étant qu'elle soit le moins remplie possible. Elles m'expliquent que le dossier patient informatisé a été pensé comme une archive de documents et non pas comme un outil d'organisation du travail : on peut y ouvrir chaque dossier individuellement mais pas les « étaler » côte à côte.









Dans cette organisation très locale du travail de traitement des dossiers, le trombone joue un rôle essentiel. On le retrouve dans différentes tailles et coloris. On le trouve plus souvent présent dans certains secrétariats que les agrafes par exemple : un choix qui nous indique que les documents ne sont jamais liés les uns aux autres de manière pérenne : on les sépare, on les assemble à d'autres, on les compresse grâce à des trombones de plus en plus gros. Le trombone nous parle du caractère éphémère de n'importe quelle pile de documents, d'un ordre précaire, là où l'agrafe assure une forme plus pérenne d'assemblage d'informations.

riorité du chercheur qu'était Garfinkel : il regarde depuis l'extérieur des pratiques un agencement de l'information qu'il ne comprend pas, et qu'il associe à une forme de désordre. Au cours des décennies qui suivent, cette extériorité aux pratiques d'écriture médicales s'amplifient, du fait de l'importance accrue des usages gestionnaires de ces écrits. L'informatisation constitue un jalon d'un effort collectif de « rendre propre » ces écrits, c'est-à-dire les rendre lisibles par des personnes en dehors des équipes de soin.

Quelques décennies plus tard, alors que les pratiques informatiques se démocratisent, Christian Heath et Paul Luff font un constat similaire en observant les cartes contenues dans des enveloppes faisant à cette époque office de dossier patient (Heath et Luff, 2000) : ces cartes servent à la description des consultations, chaque consultation faisant l'objet d'une entrée unique sur la carte. Comme Garfinkel, ils observent des « entrées dans le dossier [...] brèves et non systématiques » (*ibid.*, 2), qui permettent néanmoins une communication entre médecins. Une bonne description de consultation n'est pas nécessairement extensive et repose souvent sur des mots clés ainsi que sur une « géographie de l'information » sur la carte, jouant notamment des blancs et des non dits :

> « Les entrées du dossier sont étroitement imbriquées, elles reposent sur une certaine ambivalence dans l'enregistrement des catégories, sur des imprécisions particulières dans les entrées et sur une certaine flexibilité dans le type d'éléments entrés. Cette flexibilité est nécessaire pour que les lecteurs puissent lire l'enregistrement "dans son ensemble" et "d'un seul coup d'œil" » (*ibid.*, 8).

Plus récemment, une enquête menée par Antonia Langhof témoigne de mécanismes similaires, bien qu'ils soient aujourd'hui contraints par des systèmes techniques et un encadrement légal plus rigides. Elle note par exemple que les entrées d'une fiche papier utilisée dans un service d'urgence pour classer le niveau d'urgence de la prise en charge de chaque patient·e sont outrepassées pour traduire des situations complexes : ces pratiques de documentation ne s'en tiennent pas à décrire « des valeurs déterminées "objectivement" selon les catégories données dans le formulaire, mais [elles] implique[nt] plutôt de construire un récit plausible de l'urgence ou du cas médical » (Langhof, 2018, 11).

Ces différents travaux montrent une continuité dans le refus des professions médicales de se soumettre à des régimes d'écritures rigides et une tendance à s'éloigner des règles ou des recommandations formulées par une loi, un·e direction d'établissement ou bien un logiciel. Ces mêmes travaux académiques s'accordent pour justifier ces pratiques de désobéissance et à critiquer la normalisation des écrits médicaux et valoriser la capacité des professionnel·les à développer des systèmes de communications qui leur sont propres. Néanmoins, ces

travaux font souvent l'impasse sur les formes de travail qui se font malgré tout garantes d'une continuité entre les normes documentaires et les pratiques de soin.

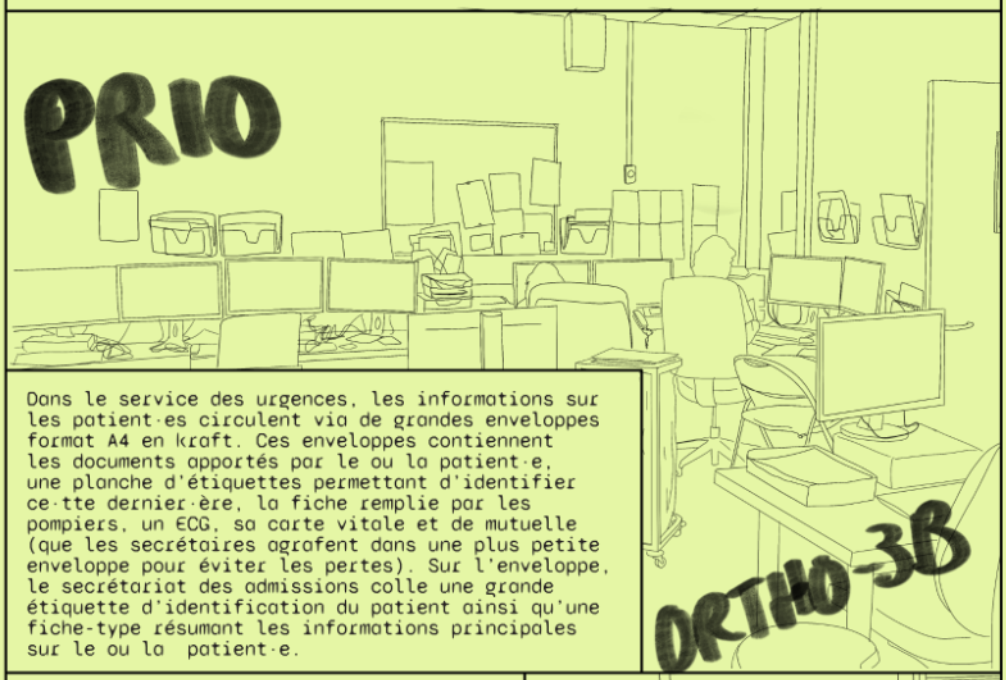
La sociologue Laurène Assailly note ainsi que plus les professionnel·les sont placés bas dans la hiérarchie, plus ils et elles subissent la structuration rigide des données (cases à cocher, menus déroulants), tandis que les catégories les plus hautes conservent un accès plus libre aux formes narratives (Assailly, 2024, 90). Cette distribution des formats documentaires reproduit des configurations de pouvoir inscrites dans les outils eux-mêmes. Béatrice Fraenkel fait un constat similaire à l'endroit de la qualité de l'écriture manuscrite de ces mêmes professionnelles : « On peut remarquer que, bien souvent, le recopiage par l'infirmière ou la secrétaire correspond à un gain de lisibilité. Le "mal écrit" semble être réservé à un certain niveau hiérarchique » (Fraenkel dans : Borzeix et Fraenkel, 2001, 251).

Ainsi, la notion de « propreté » administrative et, à fortiori, sa mise en œuvre repose sur une hiérarchisation fonctionnelle et morale du travail qui renvoie à la définition du « sale boulot » (voir chapitre 1). Dans le champ du travail administratif à l'hôpital, Assailly note que la définition de ce « sale boulot » est plus subtile qu'il n'y paraît : dans son enquête sur la Direction de l'Information Médicale (DIM) d'un hôpital français, elle souligne la tension qui existe entre la perception du travail des données effectué par des « médecins sans patient·es » à la fois comme du « sale boulot » – des tâches jugées pénibles, dégradantes ou inintéressantes – mais aussi comme un « travail propre » (éloignée des patient·es et des « souillures » typiques de ce que l'on nomme « sale boulot »). Ce travail propre est néanmoins relégué, car il ne mobilise pas (de manière visible) les compétences cliniques valorisées dans la hiérarchie médicale.

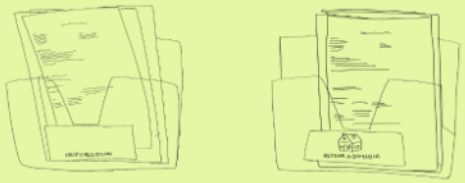
Le travail des secrétaires médicales s'inscrit dans la continuité de ce « sale boulot » qui s'emploie à « faire propre ». Ainsi, s'il est admis que les médecins n'ont pas vocation et n'ont jamais voulu se contraindre à produire une documentation jugée propre au regard de l'institution hospitalière, certains corps de métiers se sont fait les garant·es d'un minimum de « propreté » dans ces pratiques de documentation. Les secrétaires médicales déploient ainsi des opérations visuelles de traduction qui visent à ranger, ordonner, nettoyer, rendre propre l'information qui circule dans un hôpital, à effacer les traces et les accros du train « en train de se faire ».

La pochette de sortie des urgences est une situation exemplaire de la transformation de l'information médico-administrative et de son passage à travers un « écran de propreté ». D'un côté de cet écran, à l'ombre des observateur·ices indiscrètes, on trouve une documentation brute, fonctionnelle, et de ce fait :

De l'enveloppe kraft à la pochette officielle

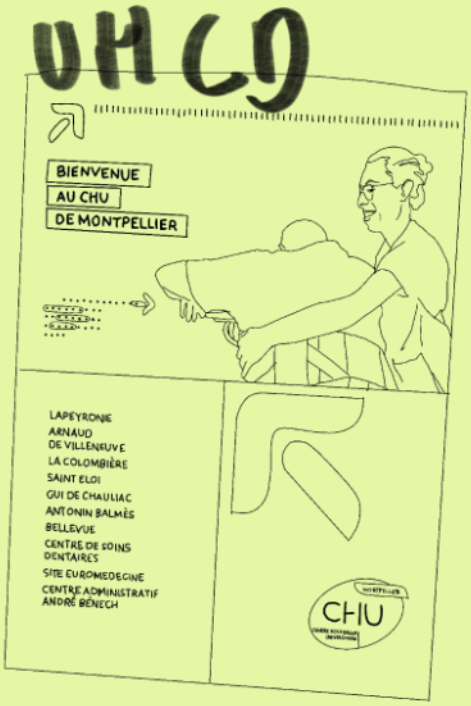


Dans le service des urgences, les informations sur les patient·es circulent via de grandes enveloppes format A4 en kraft. Ces enveloppes contiennent les documents apportés par le ou la patient·e, une planche d'étiquettes permettant d'identifier ce·tte dernier·ère, la fiche remplie par les pompiers, un ECG, sa carte vitale et de mutuelle (que les secrétaires agrafent dans une plus petite enveloppe pour éviter les pertes). Sur l'enveloppe, le secrétariat des admissions colle une grande étiquette d'identification du patient ainsi qu'une fiche-type résumant les informations principales sur le ou la patient·e.



Ces enveloppes voyagent dans les méandres du service des urgences et se transforment au fil de la prise en charge : les étiquettes sont collées sur des prélèvements biologiques ou sur des bracelets, les résultats d'analyses et d'examens viennent épaissir l'enveloppe, l'extérieur de l'enveloppe est recouvert d'inscriptions au feutre : « PRIO », « DCD », « UHCD », « RAD », « ORTHO-3B », « ORTHOPED ». Lorsque les patient·es sortent du service, les enveloppes sont triés par les secrétaires : les documents utiles sont remis aux patient·es et scannés sur le dossier patient informatisé, et le reste du dossier est jeté à la poubelle (ou bien transféré si le patient est admis dans un autre service).

Cependant, les secrétaires ne remettent pas l'enveloppe en l'état aux patient·es : elles transfèrent les documents dans une pochette à battant rigide « officielle » de l'établissement. Selon elle, « cela fait plus propre » d'utiliser cette pochette que de remettre une enveloppe qui semble avoir fait la guerre. En réalité, la propreté qu'elles invoquent est associée aux traces organisationnelles. Elles n'entendent pas effacer une saleté organique (du sang, de la poussière, des traces de feutre) mais la complexité de la prise en charge des patient·es et les formes de bricolage que met en œuvre l'équipe de soin.



ORTHOPED

RAD

ALLO 10E
06 XX XXXX XX

froissée, hachurée, gribouillée, parfois tachée. Le travail des secrétaires médicales consiste à rendre publics les documents contenus dans les dossiers des patient·es. Pour cela, elles font appel à ce qu'elles invoquent comme une forme de « bon sens » mais qui émane en réalité d'une « vision professionnelle » qui leur dicte ce qu'il est possible, correct, acceptable, légal de remettre à un·e patient·e ou à tout autre personne extérieure à l'hôpital.

La mise en œuvre de cet « écran de propreté » repose sur la capacité des secrétaires médicales à distinguer ce qui est officiel de ce qui ne l'est pas. Les documents officiels reposent sur plusieurs signes distinctifs : la présence d'un logo d'établissement, de son adresse, de mentions légales ou encore de la signature d'un médecin que l'on retrouve sur différents types de documents – ordonnances, formulaires de demandes d'examens, courriers, attestations, comptes rendus, etc. C'est en premier lieu le papier à en-tête qui ordonne une vaste majorité de ces documents officiels et que les secrétaires manipulent au quotidien : en plus de mobiliser ces modèles pour créer de nouveaux documents pour chaque patient·e, elles doivent mettre à jour régulièrement la liste des membres de leur service. Elles sont la plupart du temps responsables des commandes de reprographie des modèles de documents les plus utilisés dans le service et doivent en apprendre les normes (couleur, format et grammage du papier, quantités types, normes de mise en page permettant l'automatisation de l'envoi des courriers, etc). Si certains critères sont imposés, les secrétaires peuvent parfois opérer des choix qu'elles jugent judicieux pour mieux organiser le travail médico-administratif : une couleur vive associée à un seul type de document permet d'évaluer d'un seul coup d'œil la charge de travail ; le choix d'un papier cartonné permet d'utiliser un document comme pochette pour d'autres documents. Cet apprentissage de la culture visuelle de l'hôpital amène les secrétaires à être particulièrement attentives à l'originalité des documents. Lors d'une discussion informelle avec une secrétaire expérimentée, celle-ci m'explique avec fierté que lorsqu'elle a rencontré, à quelques reprises durant sa carrière, des ordonnances médicales suspectes, elle a su immédiatement confirmer qu'elles étaient fausses. La couleur et le modèle de l'ordonnance, la concordance du tampon à l'effigie du service hospitalier et surtout l'écriture de « son » médecin et sa signature : « J'ai de suite vu que la signature n'était pas celle du docteur [nom de famille], elle était trop propre », m'explique-t-elle.

Dans certains services que j'ai pu visiter, une tension persiste chez les secrétaires entre leur volonté de « faire propre » et les contraintes matérielles auxquelles elles sont confrontées. Par exemple, l'absence d'imprimante couleur dans un secrétariat oblige à prévoir des stocks de papier à en-tête sur lesquels sont imprimés des comptes rendus, des convocations, etc. Ce système demande d'écouler ce stock même lorsqu'il n'est plus à jour, un défaut administratif que les

secrétaires n'apprécient pas plus que de devoir jeter des cartons entiers de documents obsolètes.

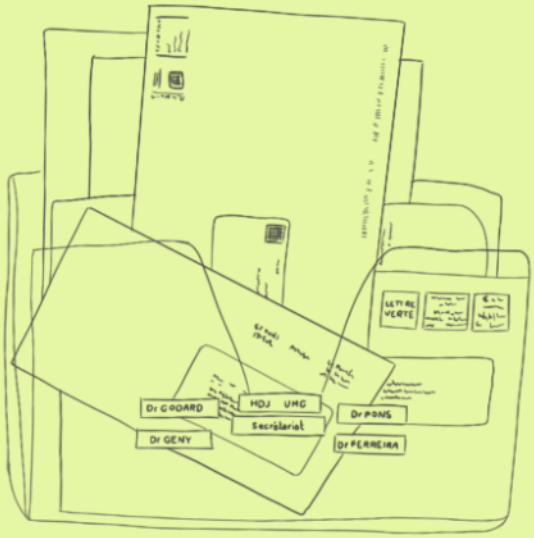
En dehors des documents dont elles maîtrisent la production, les secrétaires manipulent quotidiennement des documents qui viennent de « l'extérieur », et qui sont souvent considérés comme moins propres que ceux qu'elles produisent elles-mêmes. Ils ne répondent pas aux codes de l'établissement, ont été reproduits dans des conditions parfois douteuses, ou bien sont littéralement sales (traces de maquillage, de sang, de doigts, etc.). La diversité de ces documents (PDF, document Word, photographies de documents, scans, photocopies) qui leur parviennent de différentes manières (déposées sur leur bureau, par mail, par fax, par courrier, de la main à la main) les oblige à s'arranger pour faire feu de tout document dans le traitement des dossiers des patient·es dont elles ont la charge.

Cette variété de documents appelle une capacité d'interprétation de « l'illisible » : les images peuvent être floues, sombres, mal cadrées, pixelisées, mal photocopiées. Les secrétaires mobilisent ainsi une mémoire de l'illisible pour reconnaître, malgré l'obstacle visuel, les informations importantes. Il n'est pas rare de rencontrer un formulaire photocopié à de nombreuses reprises qui a perdu de sa définition, et ne ressemblant plus qu'à un flot de pixels, ou bien de recevoir des ordonnances photographiées rapidement avec un smartphone. Dans le secrétariat de toxicologie, un service qui utilise énormément de documents imprimés dans ses échanges avec des acteurs de la Justice, Manon* a très bien intégré les effets de la reproduction des documents dans les contraintes de son travail. Elle a par exemple appris que certains stylos ou feutres « résistent » plus ou moins bien aux effets de dégradation de la photocopieuse. Lorsqu'un·e médecin signe un document, ce dernier sera scanné puis imprimé puis re-scanné jusqu'à 3 fois, ce qui amène à une perte considérable de qualité de l'image. Mais les médecins, qui sont les premier·ères à signer ce document, n'ont pas conscience que leur signature peut (et va dans de nombreux cas) disparaître. Lassée de devoir re-demander des signatures aux médecins lorsqu'elle recevait des documents dont les signatures avaient disparu, la secrétaire s'est employée à sélectionner des stylo-feutres dont elle connaît la résistance et s'efforce d'en commander régulièrement pour les mettre à disposition des médecins de son service.

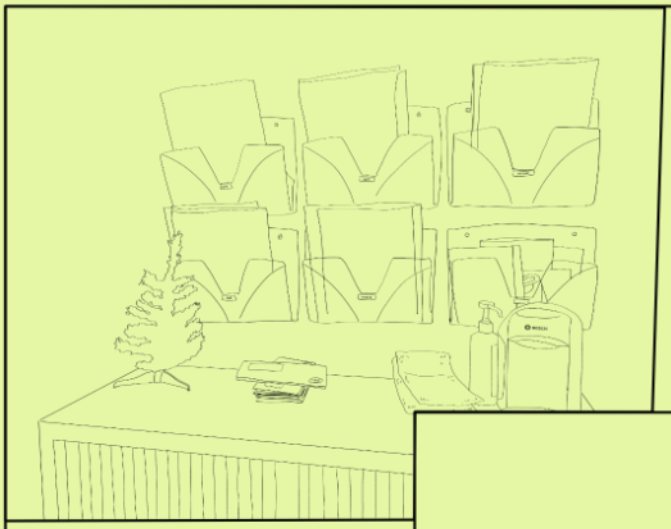
Enfin, l'écran de propreté que les secrétaires médicales s'emploient à maintenir est également tournée vers la production de « chiffres » de différentes natures, à et destinations de différents acteur·ices, institutionnels cette fois-ci. Dans différentes situations, j'ai pu observer des secrétaires dont l'une des missions était de « sortir » des chiffres et de les disposer proprement dans des tableaux ou des formulaires. Par exemple, dans un petit bureau éloigné de l'agitation du guichet

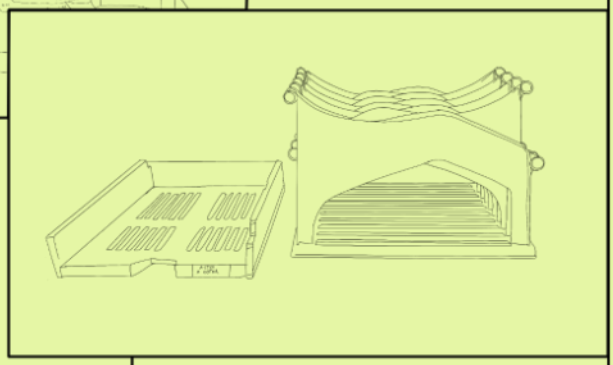
La valse des bannettes

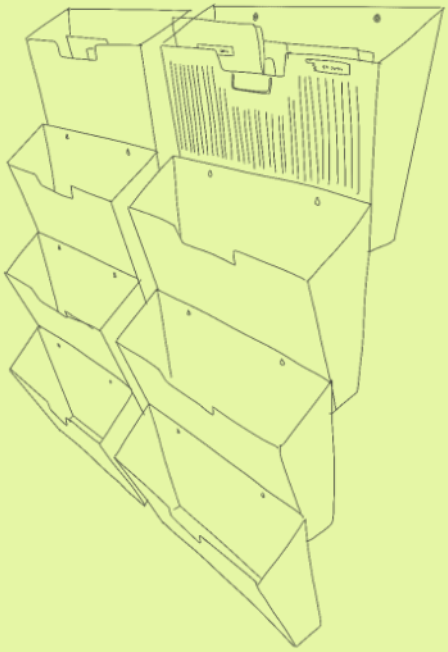
Les bannettes sont nombreuses dans les bureaux des hôpitaux, qu'il s'agisse des bureaux des médecins et d'internes, des infirmier·ères ou des secrétaires. Souvent accrochées au mur, elles reçoivent chaque jour des documents plus ou moins variés selon la manière dont leur usage a été défini. Sur un même mur, on peut trouver plusieurs bannettes destinées à des usages différents. Dans le couloir jouxtant le secrétariat de gérontologie par exemple, chaque banette regroupe plusieurs médecins, cadres de santé ou chef de service et de pôle. Certaines sont dédiées à des secteurs d'activité particuliers et l'on y retrouve le plus souvent du courrier, mais aussi des pochettes contenant des documents à signer ou des dossiers de patient·es. Dans d'autres services, les bannettes font partie du circuit quotidien des consultations : les secrétaires y déposent le dossier administratif des patient·es que les médecins récupéreront pour y ajouter des documents médicaux avant de les reposer dans la même bannette. Ailleurs encore, la bannette est un réceptacle pour les « documents à scanner » que les secrétaires vident régulièrement dans les bureaux des équipes soignantes pour en numériser le contenu.



En papeterie, une bannette est un « réceptacle à papier, généralement en plastique » (Définition Wiktionnaire), loin des petits paniers en osier qu'elle désignait avant le déploiement d'une « ère administrative » au XXe siècle. Aujourd'hui, la bannette est un objet emblématique du travail administratif qui réunit différentes fonctions, à la frontière entre le stockage et la circulation de l'information.





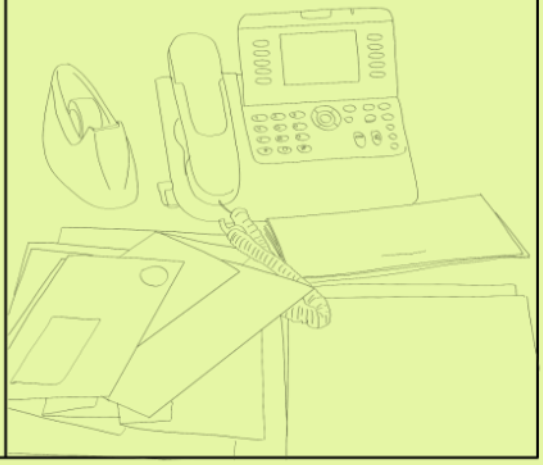


La bannette fait partie de ces objets qui ne s'affichent pas publiquement, qu'on tente de dissimuler derrière des portes fermées, car elle rend visible l'organisation plus ou moins maîtrisée de l'information dans l'hôpital. Les données sensibles s'y accumulent et ne doivent pas tomber entre n'importe quelles mains, créant une tension entre la praticité d'un tel objet et les pratiques du secret médical qui se doivent de l'entourer.
La bannette est un objet paradoxal de la propreté garantie par les secrétaires : elle est un objet de rangement de documents, mais son accessibilité et son usage partagé peut rapidement en faire un lieu privilégié de désordre.

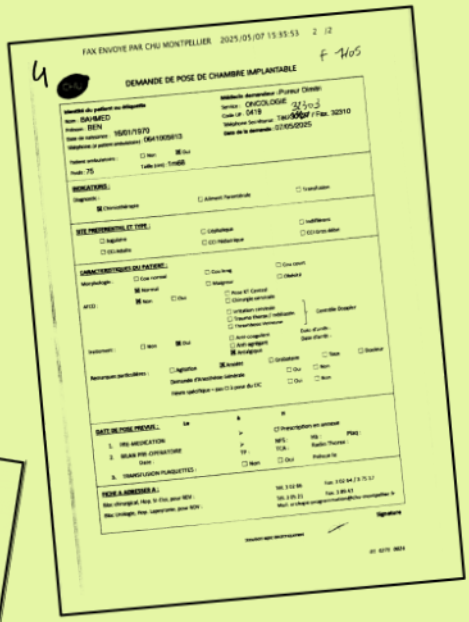
Déclinaisons et empilements des fiches de programmation

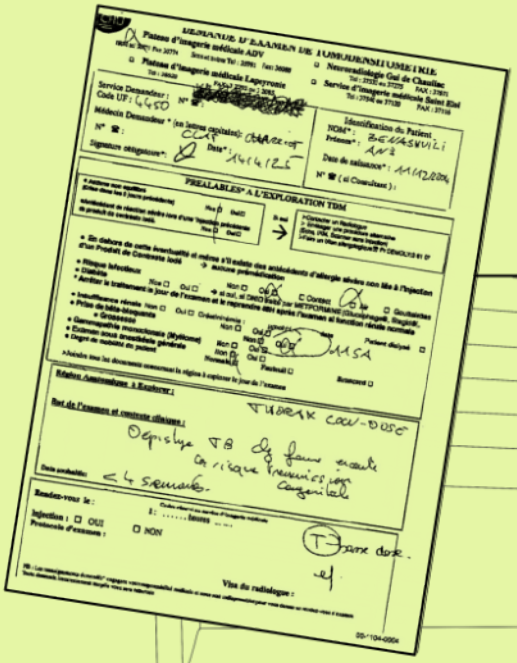
L'un des documents centraux du secrétariat d'imagerie médicale est la fiche de programmation. Ce que les secrétaires appellent communément des « demandes » sont des formulaires remplis par des médecins de différents services de l'hôpital, d'autres établissements mais aussi par des médecins de ville. Ces demandes peuvent arriver de différentes manières : par mail, par fax, de la main à la main, par courrier. Parfois ce sont des photos d'ordonnances qui parviennent aux secrétaires, dont la qualité est parfois douteuse. Chaque demande doit être « protocolée » par un médecin, avant que les secrétaires ne puissent les programmer : cela signifie qu'un médecin du service doit lire la demande, valider que ce type d'examen est possible sur le ou la patient·e pour l'objectif recherché puis la signer. Pour cela, les secrétaires regroupent les demandent dans une bannette spéciale, qui est relevée plus ou moins régulièrement par les médecins. Une fois protocolées, les demandes sont classées dans des trieurs selon le mois de programmation ou bien selon d'autres critères (« Urgences », « PAC », « KT droit », « Vasculaire », « [Nom de la cheffe de service] », etc.), puis traitées une par une par les secrétaires.

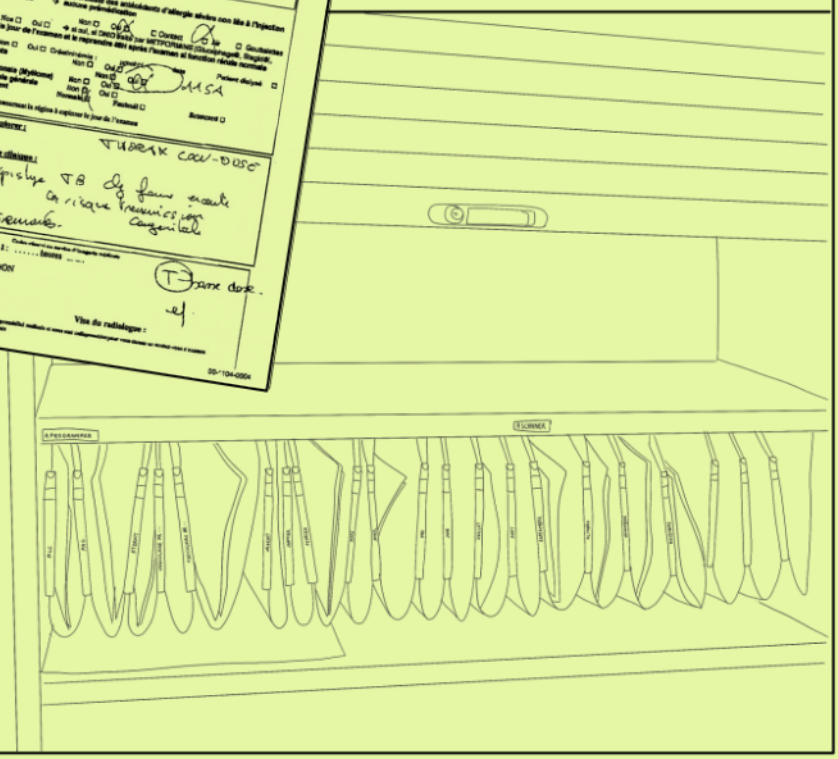
Le travail de programmation peut être semé d'embûches : une fois les demandes protocolées (ce qui requiert de nombreuses relances de la part des secrétaires), il peut manquer des informations essentielles pour identifier le dossier des patient·es. Sans leur date de naissance, impossible de programmer un examen. Les secrétaires sont donc obligées de demander cette information au médecin qui a fait la demande, de fouiller dans des mails ou bien d'appeler directement les patient·es. Une fois les demandes programmées et les examens réalisés, les secrétaires sont souvent sollicités par les médecins demandeurs pour obtenir les résultats. Parfois, le parcours de production des compte-rendus est ralenti (les médecins oublient de les signer en fin de parcours), et la promesse de délivrer des compte-rendus d'examen sous 48h (délai moyen) n'est pas respectée. Dans ces cas-là, si la secrétaire voit que le compte-rendu a été tapé, elle peut en produire une copie à laquelle elle ajoute en filigrane une mention « non validé », afin d'éviter d'être mise en faute si un problème survient.



Enfin, les fiches de programmation font souvent des apparitions inattendues : de préférence le vendredi soir, les médecins ramènent des piles de fiches de programmation protocolées, donnant ainsi l'impression au secrétaires de faire « un travail sans fin », comme s'en confie Barbara* lorsque je la croise en fin de journée en sortant du secrétariat. Les fiches de programmation font donc partie de ces documents conçus pour produire un ordre documentaire, mais qui ne produisent réellement du « propre » que lorsqu'elles sont patiemment accompagnées par les secrétaires.







d'accueil principal du service d'imagerie médicale, Delphine* s'occupe du suivi des ponctions réalisées sur des patient·es chez qui l'on suspecte un cancer. Ces prises en charge très particulières sont récentes, à cheval sur les services d'imagerie et de pneumologie. Delphine* ne voit jamais les patient·es, elle les suit à distance, en tenant à jour des tableaux d'activité. Ces tableaux ont un double usage : celui de suivre avec précision les parcours des patient·es mais aussi la production de statistiques permettant de prouver que la prise en charge des patient·es a été rendue plus rapide qu'auparavant (et ainsi motiver le financement de cette filière encore en évaluation). Certaines informations renseignées par les patient·es sont également utilisées anonymement pour produire d'autres types de statistiques. Par exemple, la condition de fumeur ou non fumeur permet d'argumenter les demandes de financement pour des programmes de dépistage. Delphine* se fait ainsi la garante de l'exactitude de ces tableaux et de l'extraction des données qui en proviennent.

Dans le service de médecine légale, les secrétaires sont contraintes de remplir quotidiennement une plateforme nationale nommée Medlé, qui permet « aux structures de médecine légale de consigner l'activité réalisée sur réquisition judiciaire et les personnels affectés ». Pour chaque dossier, elles remplissent un questionnaire très exhaustif : date de la consultation, type d'examen et/ou type de prélèvement, contexte de violence, type de violence, etc. Cette documentation méticuleuse, qui prend un temps conséquent de leurs journées, ne fait souvent pas sens pour les secrétaires qui ne savent pas à quoi servent concrètement ces données, tout en étant convaincues néanmois qu'elles sont utiles pour rendre l'activité du service lisible, visible, propre.

Dans le service des urgences psychiatriques, Géraldine*, seule au poste de secrétaire médicale, est quant à elle chargée d'extraire les données de l'activité des urgences psychiatriques à des fins de facturation. Pour cela, elle utilise un logiciel qui permet de générer des chiffres de fréquentation du service à partir d'une liste de critères sélectionnés (secteur d'activité, type de diagnostic, dates de prise en charge, etc.). En théorie, Géraldine* doit simplement sélectionner ces critères à la demande d'un médecin et produire un export. En pratique, elle fait face à un problème de taille : l'activité des urgences psychiatriques est intrinsèquement liée à celle des urgences générales. Lorsqu'un·e patient·e est admis·e aux urgences psychiatriques, il ou elle va d'abord passer par les urgences générales pour être orienté. Un·e infirmier·ère va à minima prendre les constantes du patient (tension, température corporelle) afin de l'envoyer aux urgences psychiatriques. D'un point de vue administratif, cela signifie que le ou la patient·e admis sera d'abord comptabilisé dans l'activité des urgences générales. La secrétaire qui veut récupérer des données sur l'activité des urgences psychiatriques doit donc passer au peigne fin tous les dossiers des urgences générales pour re-

trouver ceux qui l'intéressent. Géraldine* a donc la charge de retrouver les dossiers qui se sont « échappés », et les ré-arranger de telle manière que l'ordre (financier) du service soit retrouvé.

En rendant « propres » les documents, et plus largement différentes formes de l'information médico-administrative, les secrétaires médicales assurent la cohésion d'un travail médico-administratif profondément collectif, situé à la lisière de l'hôpital. Entre les espaces du soin et ceux de la gestion, entre le public et le privé, elles garantissent la lisibilité et la conformité des informations qui franchissent ces frontières. Ce travail de mise en ordre constitue une caution indispensable à la circulation officielle de l'information, permettant à l'hôpital de se présenter, à l'extérieur, comme un espace fiable.

Sur le bureau, la (dé)matérialisation du désordre et de la saleté

Dans leurs tâches quotidiennes, les secrétaires participent à un certain « ordre documentaire », qui s'incarne dans l'importance de la « propreté » des documents. Ce dernier émerge au début du XXe siècle avec la mise en place de « systèmes de rangement » (Robertson, 2021). On peut aisément tracer une ligne entre ce moment de modernisation hygiéniste et la promesse plus récente d'une dématérialisation du travail administratif, particulièrement présente depuis les débuts de l'informatisation et jusqu'à aujourd'hui.

Au début du siècle dernier, l'hygiène devient un impératif de modernisation et doit dès lors être assurée dans les bureaux. Pour cela, rien de tel qu'un peu d'ordre. Un bureau propre, rangé, organisé devient le synonyme d'une bonne santé pour les personnes qui y travaillent. Un nouvel espace s'invente désormais (Gardey, 2008, np) et la modernité, dont l'hygiène se fait le synonyme, se construit dans les revues spécialisées comme *Mon bureau* (1909-1932). Le Dr Soulat y publie notamment en 1914 un article, qui s'appuie sur les écrits de Frédéric W. Taylor sur la rationalisation du travail (Soulat, 1914, 289), pour critiquer les conditions de travail déplorables en France et appeler à une modernisation des bureaux au même titre que celle des usines.

> « Si l'on parcourt le quartier des affaires dans nos grandes villes et si l'on pénètre dans quelques maisons, on est frappé de voir dans quelles mauvaises conditions hygiéniques sont installés les locaux destinés aux bureaux. Ici c'est au fond d'une cour ; là dans une rue étroite et sombre, sans air ni soleil, que, dans un appartement quelconque, on a installé les bureaux : ce local n'a, le plus souvent, subi aucun aménagement spécial : le papier, les peintures, le

> sol témoignent de l'existence d'une salle à manger, d'un salon, etc ; on a simplement apporté les meubles nécessaires et, souvent, quels meubles ! Des tables et des sièges disparates sans rapports avec les service qu'on attend d'eux, les uns trop hauts, les autres trop bas pour les individus auxquels ils sont destinés » (Soulat, 1914, 289)

L'historienne Delphine Gardey décrit ainsi la manière dont les méthodes de classement qui sont développées à la même période sont devenues une solution à ce manque d'hygiène (et de productivité) dans des bureaux dont « l'agencement [...] est resté ce qu'il était au siècle dernier » (Soulat, 1914, 289) :

> « Le premier regard porté par les modernisateurs du bureau sur cet espace de travail est un regard hygiéniste. Cette attention s'explique notamment par le fait que la réglementation du travail en la matière ne s'applique qu'aux locaux industriels et au travail ouvrier. Une vie sédentaire, une atmosphère confinée, un environnement poussiéreux et paperassier, tels sont les principaux dangers de l'activité administrative. L'employé s'y « étiole », à la merci des infections et notamment de la tuberculose qui prospère dans « l'obscurité et l'humidité ». Les poumons et les yeux sont l'objet d'une attention toute particulière, et la salubrité et l'éclairage sont les garanties de la sauvegarde de ces organes. Le papier ou – plus précisément – le trop-plein de papier apparaît comme un danger aussi mortel que la poussière qui n'hésite pas à s'y loger, en plus de ces agents morbides que sont les moisissures » (Gardey, 2008, np)

Les classeurs sont, à ce titre, un exemple archétypal de cette mise en ordre des bureaux. Ils sont devenus des incontournables du travail de bureau en transformant des pratiques vernaculaires en pratiques standardisées : les livres de familles[1] couramment utilisés au XIXe siècle et parsemés de trous irréguliers permettant d'attacher des feuilles volantes au corps principal du livre sont rapidement considérés comme sales, peu efficaces (Robertson et Lynch, 2021). Ils sont transformés en squelettes métalliques sur lesquels on insère des feuilles d'un format précis préalablement perforées à l'aide d'un outil, métallique lui aussi (Robertson et Lynch, 2021). Le résultat visuel d'une plus grande « propreté » – des trous bien alignés, des feuilles bien empilées qui ne dépassent pas des couvertures en carton coloré, elles-mêmes alignées dans de grands meuble rectilignes.

Aujourd'hui, l'image du bureau propre est garantie par les secrétaires et l'informatisation d'une partie des systèmes d'information n'a fait que complexifier ce

[1] Les livres de famille (family books) sont au XVIIIe siècle « des livres dans lesquels les registres des loyers perçus côtoient des extraits poétiques, des recettes et des exercices d'alphabet. » (Robertson et Lynch, 2021, 2).

travail qui ne se joue aujourd'hui plus seulement sur le plat d'un bureau en bois stratifié mais aussi dans l'épaisseur des dossiers numériques qui s'empilent virtuellement sur une serveur local ou bien sur l'interface d'un logiciel-métier. L'information se trouve désormais dans un état latent entre la page imprimée et le dossier numérique. Les secrétaires, parfois coincées entre des logiques de modernisation et celles de leurs collègues, copient, doublent, s'assurent de la non-suppression des données qui continuent de coexister dans deux espaces matériels différents.

La secrétaire est absente et tout fout le camp

Parfois, les secrétaires sont absentes. Elles partent en vacances, elles sont en arrêt de travail, elles ont un imprévu, elles sont en retard. Certains secrétariats sont composés de plusieurs secrétaires, 3, 4, 5, parfois jusqu'à 10. Les absences sont moins remarquées, même si elles perturbent toujours l'équilibre précaire des tâches quotidiennes. Certaines absences, au contraire, sont très remarquées. Celles d'une secrétaire particulièrement indispensable de par ses compétences ou bien celle d'une secrétaire qui est seule à son poste et que personne ne peut remplacer.

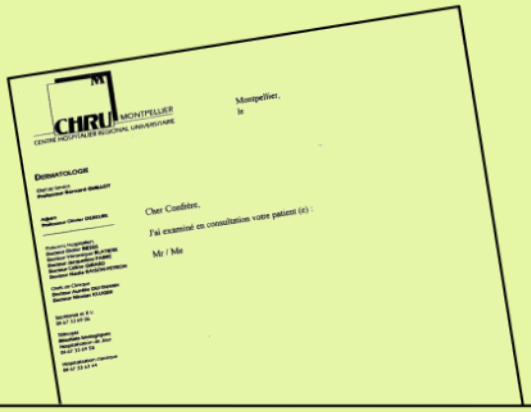
Les absences sont ainsi le synonyme d'un secrétariat qui tente de continuer ses activités sans la secrétaire : l'écosystème visuel savamment travaillé par cette dernière pour « faire propre », pour maîtriser le flot d'informations qui s'empilent régulièrement et inexorablement sous la forme de documents sur son bureau ou dans sa boîte mail, s'effondre. Durant leur absence, les secrétaires ont recours à deux stratégies : certaines ont mis en place une « procédure dégradée » qui permet aux membres de leur équipe de prendre le relai sur les tâches administratives essentielles, mais cette stratégie n'est pas la plus courante car peu de soignant·es ont le temps ou l'envie de faire ce travail-là. La stratégie la plus répandue est celle de la pile de documents, qui s'impose par défaut. Il serait faux de croire que lorsque les secrétaires sont absentes, le secrétariat est fermé. Au contraire, le secrétariat est loin d'être inactif durant l'absence des secrétaires. Quand bien même les secrétaires ne sont pas là, leurs collègues, des médecins, des infirmier·ères, des assistant·es social·es vont et viennent dans ce secrétariat vide et y déposent tout ce qu'il leur semble bon d'y déposer. Le secrétariat devient un « pense-bête » géant, où chaque dossier, chaque post-it devient une tâche à faire pour la secrétaire à son retour. Le paysage que cette dernière découvre en entrant à nouveau dans son bureau provoque une sensation contradictoire : d'un côté, l'effroi de trouver une telle charge de travail qui se manifeste au travers d'une image – celle d'un bureau recouvert de traces désordonnées –, et de

l'autre côté, la preuve de l'utilité des secrétaires, de leur place indispensable : le secrétariat, le service, l'hôpital ne peut pas « tourner » sans elles.

Pourtant, il est bien souvent impossible de remplacer une secrétaire sur une courte durée, seuls les arrêts de travail prolongés ou les congés maternité font l'objet de remplacements. Le temps de leurs congés devient ainsi aussi celui de l'appréhension du retour au bureau : sachant que l'activité du bureau se poursuit malgré leur absence, elles savent qu'elles trouveront une quantité de travail qui les mettra en difficulté pour autant de temps qu'elles ont été en congés. Pour ces secrétaires-là, dont personne ne prend le relai, les absences sont implicitement proscrites. En Toxicologie, Manon*, a mis en place une procédure dégradée pour les absences de plus d'une semaine, mais elle constate tout de même beaucoup de travail en retard : « Quand je prends 15 jours de congés, je mets 1 mois pour m'en remettre ».

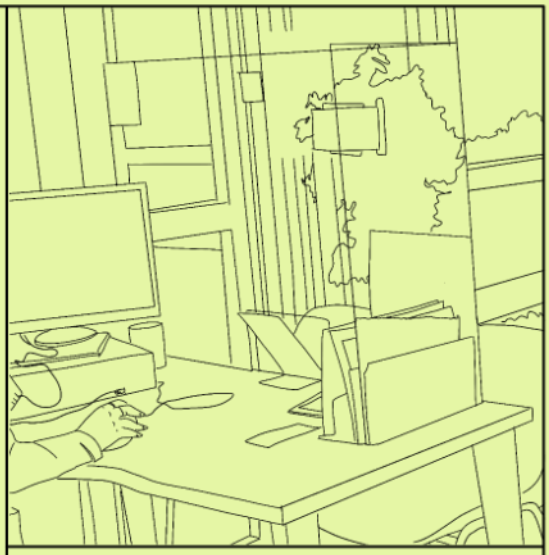
En rendant « propres » les traces de l'activité médico-administrative, les secrétaires médicales s'inscrivent dans un travail collectif qui permet à l'hôpital de faire tenir ses multiples régimes d'écriture. Les opérations visuelles de traduction qu'elles déploient assurent la continuité entre des mondes professionnels fragmentés, stabilisent l'information là où d'autres la laissent s'effilocher.

Les lettres d'adressage oubliées

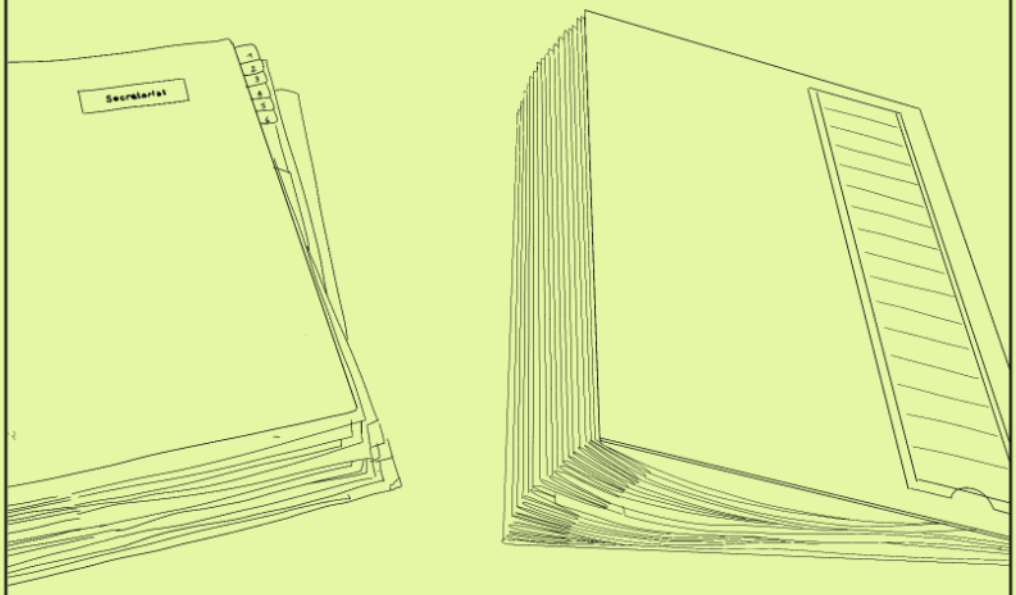


Alors que l'après-midi est calme dans le secrétariat, Linda* décide de se saisir d'un classeur qu'elle n'utilise pas souvent. Elle m'explique que quand elle a du temps, elle range ce classeur qui contient des « lettres d'adressage », c'est-à-dire des courriers rédigés par des médecins de ville pour adresser un·e patient·e à un·e praticien·ne hospitalier·ère. Ce courrier est indispensable pour obtenir une consultation à l'hôpital. Ces lettres d'adressage parviennent aux médecins via le secrétariat, qui s'occupe de réunir et de classer ces courriers qui peuvent arriver sous différentes formes : un mail, une lettre manuscrite ou dactylographiée, qui parvient par voie postale ou numérique, ou encore une fiche remplie par un·e médecin de l'établissement.

Parfois, ce sont les patient·es qui amènent elles et eux-même le courrier en main propre. Dans ce cas, Linda* les classe par ordre alphabétique dans ce classeur. Ces documents ne sont utilisés que si le médecin les réclame, mais la plupart du temps, il ou elle se débrouille sans. Ainsi, durant des mois, ce classeur se remplit de documents qui ne sont que rarement scannés dans le dossier patient informatisé, jusqu'au jour où une secrétaire décide qu'il faut qu'il soit rangé. La « mise au propre » de ce classeur semble ainsi difficile à qualifier d'indispensable et pourtant Linda* s'y emploie religieusement dès qu'elle le peut : une situation paradoxale, car on pourrait se demander pourquoi ce classeur perdure. Il ne semble utile à personne, pas même les secrétaires, pour qui cette maintenance est une tâche supplémentaire. On peut sans doute voir ce classeur comme l'affleurement d'une défaillance structurelle dans la gestion de l'information : ce classeur n'existe que comme un pansement servant à contenir une hémorragie, il contient des documents dont personne ne veut, certes, mais qu'il serait une erreur professionnelle de jeter.



Faire propre consiste donc parfois à canaliser des flux d'information, à créer des coins et des plis pour ne pas perturber l'écologie visuelle du secrétariat, qui consiste à maintenir certaines affordances d'informations et à en camoufler certaines.



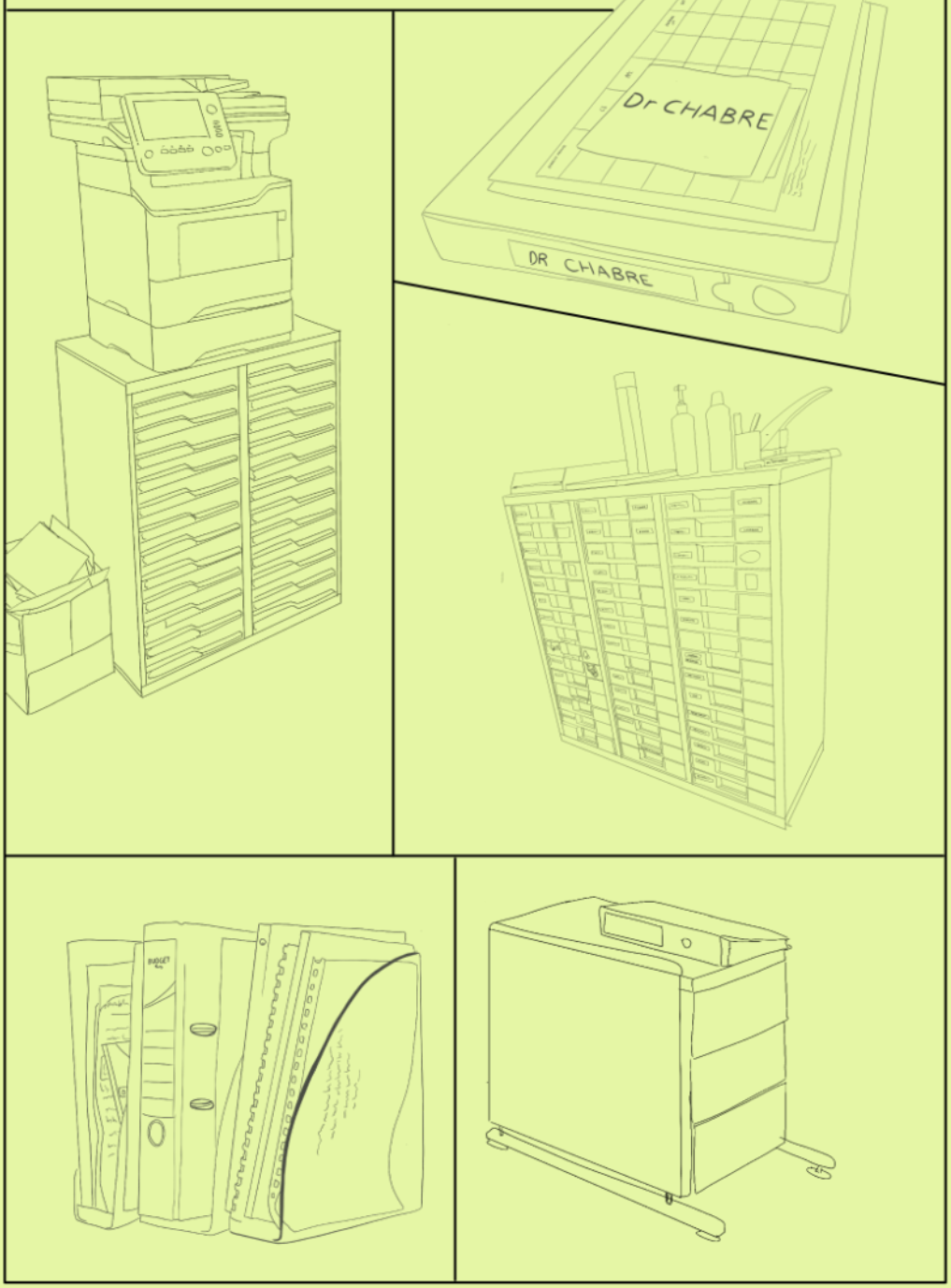
La « salle serveur »

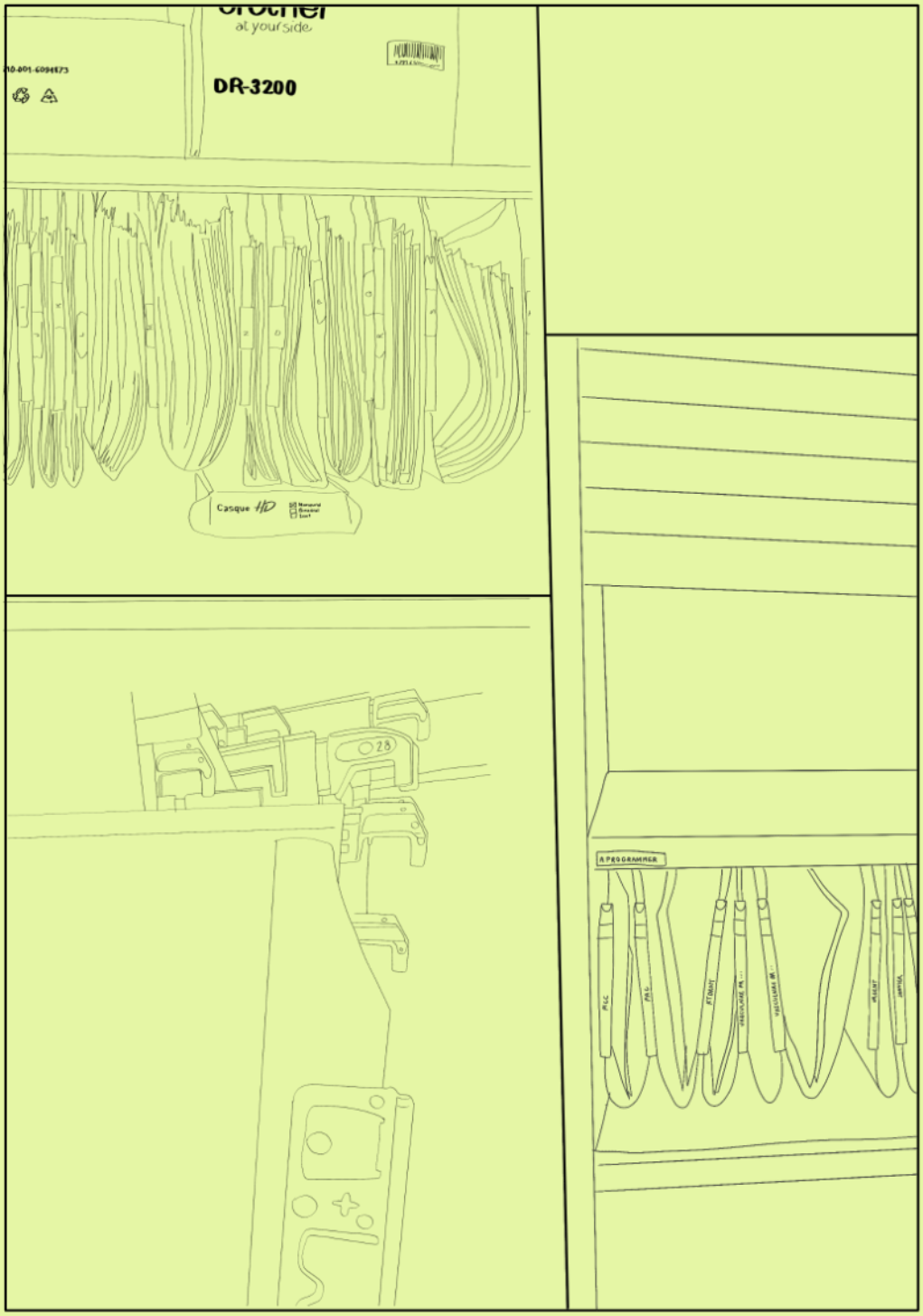
À l'hôpital, la réglementation oblige à conserver les dossiers médicaux liés à des consultations pendant 5 ans, ceux liés à des hospitalisations pendant 20 ans. Mais les dossiers de génétique, eux, doivent être conservés bien au-delà de la mort des patient·es, tant que celles et ceux-ci ont une descendance pour qui ce dossier pourrait être utile.

En génétique, la question de l'archivage des dossiers est donc particulièrement importante. Les données médicales génétiques sont jugées particulièrement sensibles, et ne sont pas intégrées aux dossiers patient·es généraux accessibles aux équipes de soin de tout l'hôpital. Ces dossiers sont gérés en huis clos dans les services de génétique. Si un logiciel dédié à cette spécialité médicale existe et a été mis en place dans tous les services de génétique de l'établissement, c'est encore les dossiers papiers qui régissent l'activité de la plupart de ces services. Ces dossiers sont stockés dans plusieurs espaces du petit bâtiment qui abrite le service de génétique moléculaire du CHU de Montpellier. Au rez-de-chaussée, près du secrétariat, sont stockés la plupart des dossiers patients en cours, afin que les secrétaires y aient accès facilement.

Les secrétaires m'indiquent également une pièce qu'elles nomment « la salle serveur ». C'est une pièce située à l'étage où l'on stocke les dossiers techniques des biologistes (que l'on appelle les « fiches manip ») ainsi que quelques dossiers patients liés aux pathologies de la surdité.
Son nom évoque la présence des serveurs informatiques du service qui s'intègrent au paysage visuel des cartons d'archives et de machines beiges qui semblent d'un autre temps. Cette salle incarne parfaitement la prolifération de matière évoquée par Marie Alauzen : une tension persiste au cours d'un processus très long de numérisation des archives, au croisement des impératifs légaux de conservation des données. Une même pièce abrite deux doublons, l'un informatique, hébergé sur des serveurs, de données de santé sensibles, l'autre sous la forme plus archaïque de dossiers cartonnés.

Des choses pour faire propre




at your side
DR-3200
Casque HD
28
A PROGRAMMER

Ce chapitre explore les opérations de copie au cœur du travail médico-administratif. Il démontre que copier ne signifie jamais seulement reproduire : c'est une opération de traduction. D'abord la frappe, une activité qui articule écoute, transcription et relecture au service de la production d'une variété de courriers. Puis les opérations de scannage et de faxage qui incarnent la persistance du papier comme médiation centrale dans l'hôpital numérisé. Les pratiques de copier-coller traduisent ensuite un travail d'articulation dans un contexte d'interopérabilité inachevée où les secrétaires assurent la continuité des flux d'information. Enfin, les opérations de copie liées à l'archivage révèlent une mémoire vivante de l'institution qui repose sur des doublons, des « archivettes » ou encore des poubelles.

Copier-coller,
Dupliquer,
Compléter,
(ré)écrire,
(pré)remplir,
Rédiger,
Commenter,
(re)Nommer,
Représenter,
Frapper, Taper,
(re)Transcrire,
(an)Noter

Chapitre 8

Copies.
Les exigences de la reproduction de l'information

Observer les pratiques d'écriture à l'hôpital, c'est découvrir un monde saturé de reproductions qui reposent sur des « opérations de copie ». Ces opérations sont particulièrement discrètes et mal comprises, comme l'explique l'anthropologue Béatrice Fraenkel :

> « [...] la copie est particulièrement intéressante à observer, car loin d'être reproduction à l'identique elle vise une transformation de l'écrit initial. Les documents passent de main en main, chaque scripteur copie le texte écrit par un autre, mais ce n'est qu'une partie du texte qui sera conservée, ou encore la mise en page qui sera modifiée, transformant un écrit linéaire en écrit tabulaire. Les chaînes permettent de diffuser tout ou partie d'un texte, de l'adapter à ses modes de diffusion, à ses fonctions, chaque scripteur participant à l'énonciation tout en conservant les énoncés de l'autre. » (Fraenkel, 1992, p. 128)

Prolongeant la perspective ouverte par Marc Berg (1996), ce chapitre prend au sérieux la matérialité des opérations scripturales (comme les opérations de copie), qui ne sont pas de simples représentations du soin, mais qui y prennent activement part :

> « À première vue, le dossier médical semble être une simple reconstitution du temps : des tableaux répertoriant les mesures passées ; des pages et des pages de notes de réunions et d'examens. L'histoire du parcours du patient semble simplement reflétée dans ces pages. Pourtant, comme je l'ai déjà souligné, c'est une erreur de conceptualiser le dossier comme une représentation plus ou moins adéquate des événements. En tant qu'élément essentiel de l'activité visant à transformer le problème d'un patient en un problème gérable, en fonctionnant comme un distributeur et un collecteur structuré des activités professionnelles, le dossier participe activement à façonner les événements mêmes qu'il "représente" » (Berg, 1996, 517)

En analysant les opérations de copie qui maillent l'activité des secrétariats médicaux, ce chapitre s'intéresse à ce que copier « fait » à l'organisation du travail médico-administratif. Je postule ainsi que la copie n'est jamais une stricte répétition, elle engage des gestes précis, une connaissance située, des arbitrages esthétiques et normatifs, ainsi qu'un usage fin de dispositifs techniques (souris, clavier, scanner, modèle, tampon, logiciels). Copier, c'est reproduire avec discernement, transformer, adapter, choisir ce qui mérite d'être dupliqué, ce qui doit être réécrit, supprimé ou reformulé.

L'art de la frappe : écouter, écrire et relire

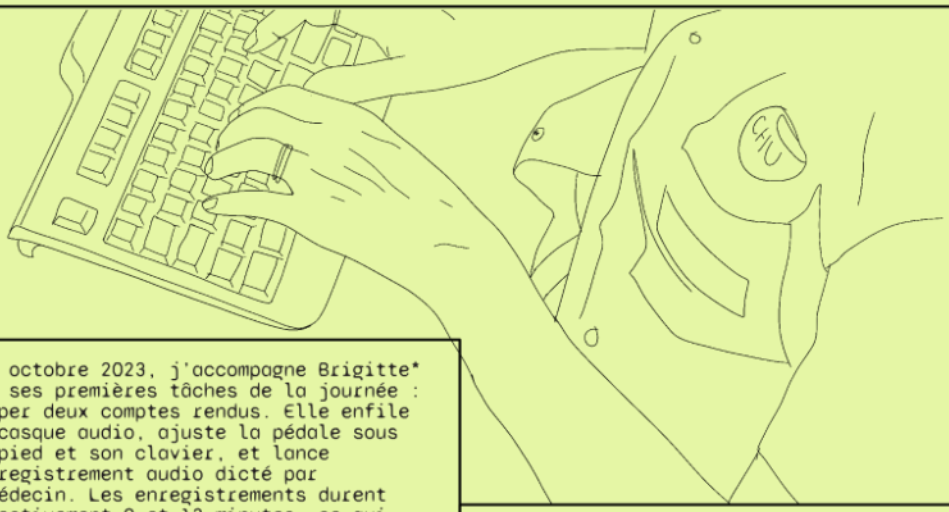
Frapper ou ne pas frapper ?

« On est des tapeuses ». C'est le terme qu'utilise Salma*, l'une des secrétaires médicales qui m'accueille, pour décrire le travail de transcription des comptes rendus de consultation qu'elle fait avec ses collègues. Si l'on entend plus souvent parler de « travail de frappe », on devine dans ces deux termes – frapper, taper – la force particulière et précise qui s'exerce à n'en pas douter sur les claviers d'ordinateur. Ces derniers reçoivent les impacts répétés et réguliers des doigts des secrétaires qui doivent s'adapter à une cadence parfois intense : en urologie, on compte jusqu'à 80 consultations par jour et autant de comptes rendus à « taper » dans les jours qui suivent.

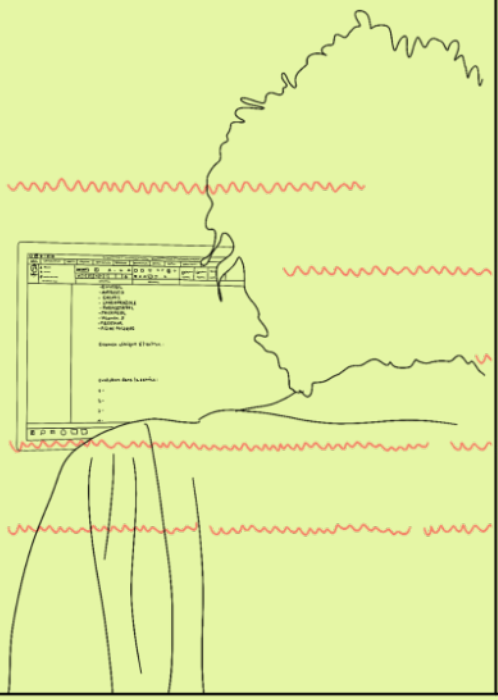
Bien que ce travail ait connu de nombreuses évolutions techniques au cours du XXe siècle – de la sténographie au dictaphone, du logiciel de traitement de texte à la reconnaissance vocale, et prochainement la synthèse vocale –, il fait encore partie du quotidien d'un grand nombre de secrétaires médicales à l'hôpital. Il prend des formes différentes selon les services hospitaliers, selon chaque médecin, et il est important de souligner ce qui fait sa spécificité dans les situations où il est encore effectué par les secrétaires.

Si par le passé, les médecins dictaient directement leurs courriers et comptes-rendus à voix haute face aux secrétaires, avant d'utiliser des dictaphones à cassettes, ils et elles utilisent aujourd'hui des dictaphones numériques connectés au dossier patient informatisé. Ces dictaphones produisent des fichiers vocaux à la qualité variable, parfois dégradée, que les secrétaires écoutent avec attention grâce à des casques audio. Les médecins parlent vite, parfois loin de leur micro, ils peuvent avoir un accent étranger ou bien marmonner des termes médicaux complexes. Au-delà de la simple transcription, les secrétaires doivent être attentives aux informations prononcées qui n'ont pas vocation à être écrites dans le courrier mais sont des indications à leur attention (envoyer le courrier en copie à tel médecin, par exemple). C'est aussi la grammaire, l'orthographe et le sens général des courriers auxquels elles doivent être attentives. L'enregistrement audio brut doit se transformer en courrier prêt à être envoyé à différent·es destinataires (médecins de ville, patient·es, établissements médicaux ou médico-sociaux, tribunaux, etc.). Les secrétaires apprennent donc à reconnaître (et faire avec) la voix de « leurs » médecins, à déceler des informations cachées, à faire abstraction de bruits parasites pour produire les documents les plus clairs possibles. Ce travail demande aux mains, et plus généralement à la posture de tout le corps en appui sur une chaise et une table de bureau, de se conjuguer à l'attention de l'oreille qui écoute et des yeux qui parcourent l'écran d'ordinateur à la

L'art de la frappe

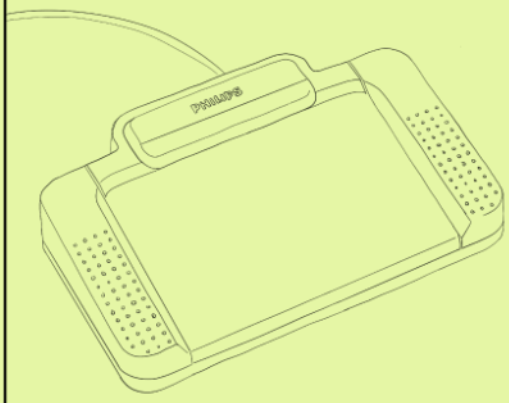


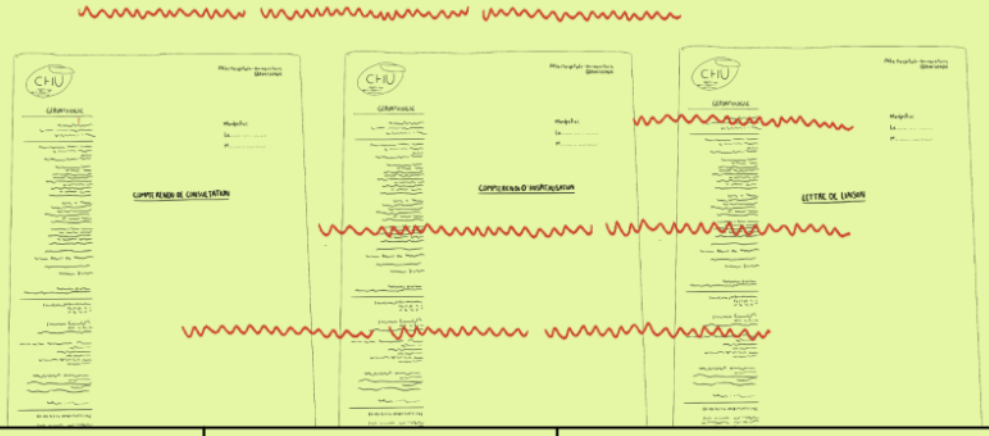
Le 9 octobre 2023, j'accompagne Brigitte* dans ses premières tâches de la journée : frapper deux comptes rendus. Elle enfile son casque audio, ajuste la pédale sous son pied et son clavier, et lance l'enregistrement audio dicté par le médecin. Les enregistrements durent respectivement 9 et 13 minutes, ce qui est long pour des compte-rendus de consultation en gérontologie, qui durent souvent seulement 3 à 5 minutes. Brigitte* n'apprécie pas particulièrement cette tâche, elle préfère le contact avec les patient·es.



Si la retranscription de l'enregistrement audio est la première étape de la mise en forme d'une lettre de liaison, elle est suivie de nombreuses autres étapes, prises en charge pour partie par les secrétaires. À partir des informations dictées par le médecin, elles doivent trouver les bons destinataires du courrier, mais aussi prendre en compte les remarques du ou de la médecin à leur attention (programmer une consultation à 6 mois, mettre en copie un médecin, etc.). Ces remarques donnent lieu à des tâches annexes dont les secrétaires prennent note avant de finaliser leurs courriers. Vient ensuite la relecture : y a-t-il des problèmes de sens général ? Des incertitudes sur des termes médicaux ? Les normes ortho-typographiques sont-elles respectées ? Certaines de ces règles sont communes au bon usage du français, mais certaines sont propres au monde médical, voire même aux habitudes de certains médecins : par exemple, l'usage des majuscules pour mettre en avant un ou plusieurs mots importants, pour les acronymes ou les noms de traitements médicamenteux. Les termes médicaux sont pour la plupart reconnus par le logiciel de traitement de texte, dont le dictionnaire a été alimenté de listes de termes médicaux, mais certaines habitudes des médecins ne sont pas reconnues : par exemple, l'usage d'un tiret ou d'un espace entre un suffixe et un terme médical (« hetero-infection »).

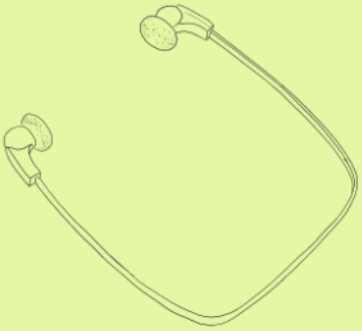
L'apprentissage de la terminologie médicale est une des spécificités de la formation des secrétaires médicales, mais bien qu'elles aient eu des cours sur ce sujet, elles passent plusieurs mois à apprendre la terminologie propre à la spécialité médicale du service où elles sont recrutées. Cet apprentissage donne lieu à des interruptions durant la frappe des courriers pour vérifier des termes sur Google. Interruptions qui sont de moins en moins nombreuses avec l'expérience. Ces petites enquêtes, bien qu'elles ne représentent que quelques secondes ou minutes, sont omniprésentes durant le travail de mise en forme des courriers : vérifier un terme médical, chercher l'adresse d'un·e médecin ou d'un·e patient·e, une date de naissance, etc.
Ces recherches sont autant d'interruptions qui affectent leur concentration sur la tâche principale de mise en forme du document.





Le rôle des secrétaires n'est pas tant celui d'une experte du clavier, qui serait capable de frapper des mots au kilomètre, mais plutôt celui d'une experte dans l'assemblage d'information et leur formalisation.

Ce que l'on retient, c'est que la production de tels documents ne se fait jamais sans accrocs, sans imprévus, ni même selon une méthode unique.



recherche des erreurs qui ne seraient pas déjà soulignées d'un zig zag coloré par le logiciel de traitement de texte.

Dans les services hospitaliers où la reconnaissance vocale[1] n'est pas encore mise en place ou jugée efficace, les secrétaires continuent de frapper manuellement les comptes-rendus médicaux. En toxicologie, ce sont les rapports d'analyses biologiques que Manon* continue de frapper. Ces analyses, et les rapports correspondants, sont faites à la demande de la Justice, dans le cadre de l'instruction d'un dossier. Le service de toxicologie est réquisitionné par un·e juge et Manon* se fait garante du bon déroulé administratif de cette réquisition. Une des biologistes dont elle frappe les rapports d'analyse lui a proposé une solution pour qu'elle se décharge de cette mission, mais Manon refuse car la solution proposée ne lui semble pas satisfaisante : il s'agirait de faire une capture d'écran de la réquisition envoyée par la Justice et de l'intégrer comme un encart en haut du compte rendu, ce qui éviterait de trier et recopier les informations administratives manuellement dans le rapport. Mais Manon* trouve le résultat peu professionnel : cette image scannée puis réintégrée produit un document qui semble bricolé, et elle ne reflète pas le « sérieux » du travail produit par le service dont Manon* se fait ici garante de l'image. En cela, elle endosse, sans forcément que cela soit dit ou ordonné explicitement, la production d'une représentation du collectif de travail auquel elle appartient. Elle préfère donc continuer de frapper minutieusement ces rapports, une tâche qu'elle trouve par ailleurs agréable, tant qu'elle s'articule à d'autres activités.

L'appréciation de ce travail de frappe est largement divisée chez les secrétaires que j'ai pu rencontrer. Une partie d'entre elles aiment cette tâche, qu'elles jugent valorisante, et qui leur semble indispensable pour « rentrer dans les dossiers » des patient·es et ainsi mieux les traiter. Une autre partie des secrétaires trouve cette tâche archaïque, d'un autre temps, ennuyeuse et pénible : ces dernières vont souvent vers des postes où la frappe est anecdotique, ou bien a complètement disparu. C'est le cas dans des services à haute teneur technique comme l'imagerie médicale. Il m'est néanmoins difficile de dresser un portrait sociodémographique de ces deux points de vue : ni l'âge, ni l'ancienneté dans le métier ou le type de formation n'indique un rapport prédéterminé à la frappe. Il ressort néanmoins de mes discussions avec les secrétaires médicales que ce travail devrait toujours être associée à une variété d'activités et ne jamais être une ac-

[1] Il est important de noter que la majorité des 12 services hospitaliers que j'ai visité ont choisi de continuer à confier une part importante du travail de frappe aux secrétaires médicales. Mis à part le service d'imagerie médicale, dans lequel les secrétaires ne s'occupent plus de la frappe, cette activité reste présente, si ce n'est omniprésente dans les secrétariats que j'ai visités. Néanmoins, mes discussions avec certain·es professionnel·les de santé ainsi que la sociologue Louise Robert m'ont permis de comprendre que ces situations ne sont pas homogènes : certaines spécialités médicales et organisations sont plus perméables à l'usage de la reconnaissance vocale, auquel cas, les secrétaires n'ont plus besoin de frapper.

tivité principale, au risque de devenir trop rébarbative et perdre de son sens pour elles – c'est-à-dire la compréhension générale du parcours des patient·es.

Néanmoins, la frappe a bel et bien disparu de certains services hospitaliers. En imagerie médicale, les nouvelles technologies sont mises au service d'une activité très intense : les patient·es défilent par dizaines chaque jour pour des examens de différentes natures. Pour les secrétaires qui doivent accueillir ces personnes et leurs proches, la disparition du travail de frappe est vécu comme un soulagement. Un outil français de reconnaissance vocale (Zenidoc) est utilisé depuis plusieurs années pour transcrire automatiquement les comptes-rendus d'examen, qui sont relus par les médecins elles et eux-mêmes. Les courriers sont ensuite envoyés via un service de l'hôpital centralisant les envois postaux. Les secrétaires ne touchent plus à ces documents : ça ne relève plus de leurs prérogatives. Certaines ont néanmoins encore du mal à voir défiler dans certains dossiers de patient·es, des documents comportant des fautes d'orthographes qui leur apparaît comme un manque de professionnalisme. Certains médecins valident les comptes-rendus sans les relire, ce qui amène à des erreurs de frappe qui ne renvoient pas une bonne image de l'hôpital.

Si la frappe est moins centrale aujourd'hui dans certains secrétariats, elle l'est également de moins en moins dans les formations au métier. Durant plusieurs décennies, les apprenties secrétaires ont dû apprendre à faire corps avec leur clavier, mais aussi avec une pédale de frappe, afin de pouvoir se concentrer sur la voix des médecins dont elles retranscrivent les paroles. Deux d'entre elles m'expliquent qu'elles ont dû s'entraîner durant leur formation les yeux bandés ou les mains recouvertes d'un « cache ». Les doigts doivent apprendre à trouver leur chemin à une vitesse élevée, le geste doit devenir automatique et permettre de déployer une plus grande capacité d'écoute. L'une d'elle, Monique*, qui a été formée dans les années 1980, a pu observer l'évolution du métier et des compétences des nouvelles recrues. Elle a vu la sténographie disparaître, au profit des dictaphones. Elle a également vu l'arrivée des premiers ordinateurs qui ont remplacé les machines à écrire électriques. Si elle a une vision positive des nouvelles technologies qui ont facilité son quotidien, elle a également des souvenirs plus pénibles, des anecdotes qu'elle raconte avec légèreté mais qui témoignent de conditions de travail difficiles. Les réunions de STAFF étaient par exemple des moments vécus comme humiliants : Monique* assistait, débout, un bloc note à la main, à la présentation de cas cliniques par de grands médecins à une assemblée de jeunes médecins. Elle devait noter « à toute berzingue » ses propos pour pouvoir en faire des compte-rendus. Lorsqu'elle avait le malheur de faire répéter certaines phrases aux médecins, elle pouvait être sûre d'être rabaissée publiquement pour sa prétendue incompétence. Dans un service de biologie, elle se souvient également des conditions dans lesquels elle frappait les compte-rendus

d'analyse à la machine à écrire : elle s'asseyait entre deux biologistes, chacun·e penché·e sur son microscope, qui lui dictaient à tour de rôle un compte-rendu différent. Ce rythme était si intense qu'elle ne pouvait pas aller aux toilettes. Les nouvelles technologies qu'elle a progressivement adoptées dans son activité semblent ainsi être synonymes pour elle de meilleures conditions de travail. Mais à quelques mois de sa retraite, Monique* porte un regard pessimiste sur l'évolution du métier de secrétaire médicale. Les nouvelles recrues, peu importe leur âge, ne seraient plus aussi investies qu'avant. Selon elle, il y a de véritables problèmes de formation et de recrutement : les temps de formation ont diminué et les jeunes recrues ne postulent pas en priorité à l'hôpital public mais dans des structures privées, ce qui laisse des viviers de recrutement très maigres.

Les débats qui existent aujourd'hui parmi les secrétaires sur la pérennité de l'activité de frappe interrogent le fond de ce qui constitue cette activité : copier. Jouit-elle d'une plus-value lorsqu'elle est exercée par un·e humain·e ? Dans quelles conditions peut-on l'automatiser, dans la mesure où beaucoup de secrétaires n'en veulent plus et l'associent à une image surannée du métier ? J'ai pu observer au cours de mon enquête les deux facettes du travail de frappe : d'un côté, le « grain » de cette activité qui reproduit et met en circulation une somme d'information dans des contextes d'usage particuliers ; de l'autre côté, un travail fastidieux, qui peut occuper des journées entières durant lesquelles les secrétaires ne sont pas en contact avec les patient·es ou les équipes de soin. Un travail qui est aussi peu remarqué, excepté lorsqu'il est mal fait : une faute de frappe, une adresse incomplète, un courrier non envoyé.

Relire : une attention aux détails

Si la frappe disparaît peu à peu dans des services dont l'activité est assez homogène pour pouvoir utiliser des outils de reconnaissance vocale entraînés selon un langage médical spécifique, il semble qu'une activité complémentaire et étroitement liée à la frappe, soit plus difficile à remplacer : la relecture.

« Heureusement que vous relisez, moi je ne me relis pas », déclare une psychiatre en passant dans le secrétariat.

Ici, les médecins se reposent beaucoup sur les secrétaires pour organiser la production des nombreux documents qui remplissent chaque jour un peu plus les dossiers de leurs patient·es. Monique* m'explique qu'il faut absolument savoir relire les courriers, et qu'il ne s'agit pas seulement d'une relecture machinale. En plus de la relecture formelle (orthographe, répétitions, etc.) il faut savoir repérer les incohérences dans le parcours des patient·es. Ce type d'erreurs peut avoir de lourdes conséquences dans les procédures d'obligation de soins dans lesquelles

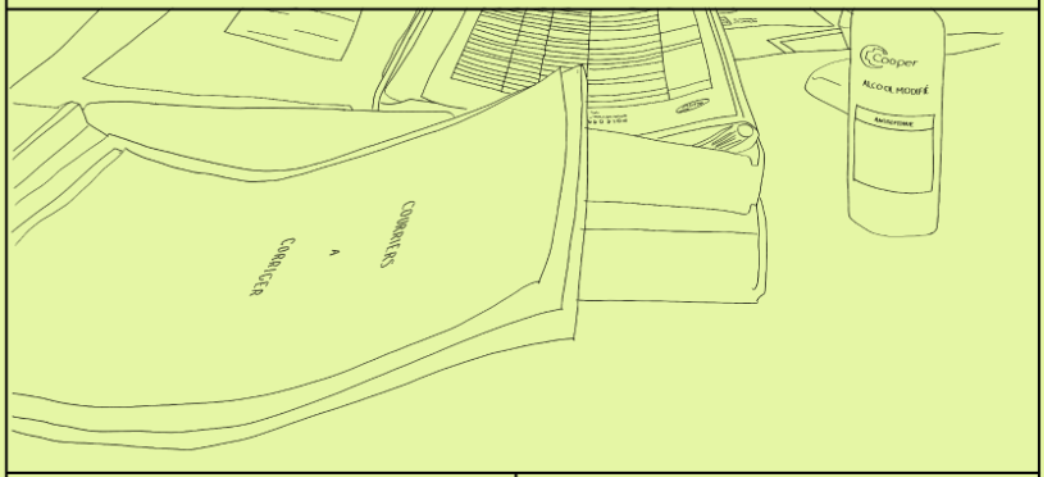
beaucoup d'entre elles et eux sont engagé·es. Monique* peut ainsi s'étonner d'une adresse postale qui lui semble suspecte : cette adresse en centre ville ne correspond pas au profil du patient, qui vit en foyer (un type d'établissements qu'on trouve rarement en centre ville). Elle vérifie ainsi régulièrement des adresses postales, des lieux d'hébergement, des dates de naissance. En psychiatrie, ce travail est plus complexe car il y a souvent une variété d'interlocuteur·ices : les patient·es, leurs tuteur·ices, ou bien des assistant·es social·es, qui changent régulièrement. Il y a aussi parfois des gens qui sont impossibles à retrouver.

Dans les services où les secrétaires frappent encore les courriers, les opérations de relectures sont difficiles à distinguer de la frappe elle-même, les deux s'entremêlent. Mais dans les services où ces opérations ont été distinguées, il est intéressant de voir comment la relecture devient une opération à part entière, qui relève de ce que j'ai déjà qualifié de vision professionnelle développée par les secrétaires médicales : la volonté et la capacité de « faire propre ». Je distingue donc ici la frappe, définie comme une activité de transcription complète d'un texte dicté vocalement par un·e médecin (et qui implique la création d'un nouveau document), de la relecture, qui s'appuie sur un document déjà existant.

La relecture a ainsi plusieurs objectifs : vérifier qu'il n'y a pas d'erreurs administratives majeures dans le courrier (comme le décrit Monique* en psychiatrie), mais la relecture revêt également un caractère plus formel : syntaxe, orthographe, grammaire, ortho-typographie, mise en page sont autant de compétences des secrétaires médicales qui visent à produire des documents propres, fiables, officiels. En médecine légale, ces pratiques sont essentielles : si un rapport d'autopsie est rempli de fautes d'orthographes, ces défauts peuvent être retenus par la Justice pour argumenter un manque de sérieux de cet expert, et ainsi le disqualifier. Plus généralement, des documents qui ne sont pas irréprochables sur le plan formel pourront être remis en cause sur le fond, par des patient·es ou bien des collègues. Ce caractère irréprochable repose à la fois sur le respect de l'identité visuelle de l'établissement et le respect des formats de documents imposés, mais aussi sur des règles plus génériques de mise en forme de documents administratifs (règles d'écriture du français, justification des textes, alignement des expéditeurs et destinataires de courriers, etc.). Dans un contexte judiciaire, la bonne concordance des dates associés aux documents ou la présence des signatures des médecins est particulièrement importante.

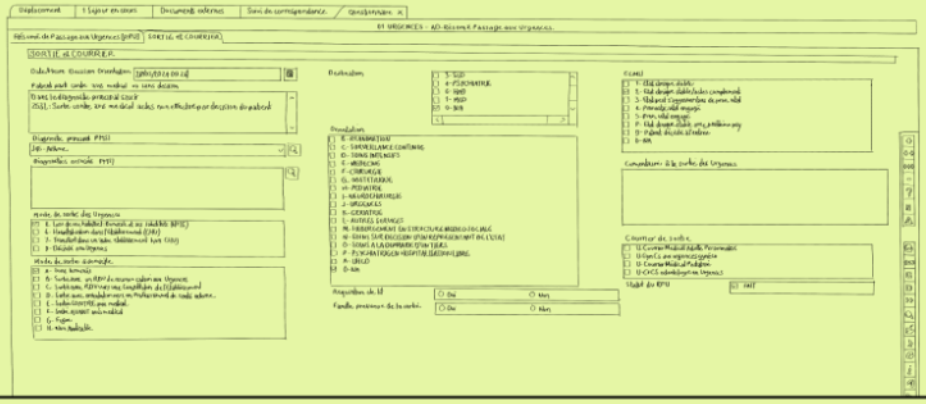
Les secrétaires médicales sont ainsi les dernières, et souvent les seules personnes, à relire les courriers rédigés par les médecins (voir le chapitre 11), à l'intention d'un·e patient·e ou bien d'un·e confrère ou consoeur. Chaque médecin a ses manières propres d'adresser et de terminer ses courriers. L'expression « bien confraternellement » est souvent utilisée lorsqu'il ou elle s'adresse à une consoeur ou un confrère, mais parfois le ton peut être plus familier et le tu-

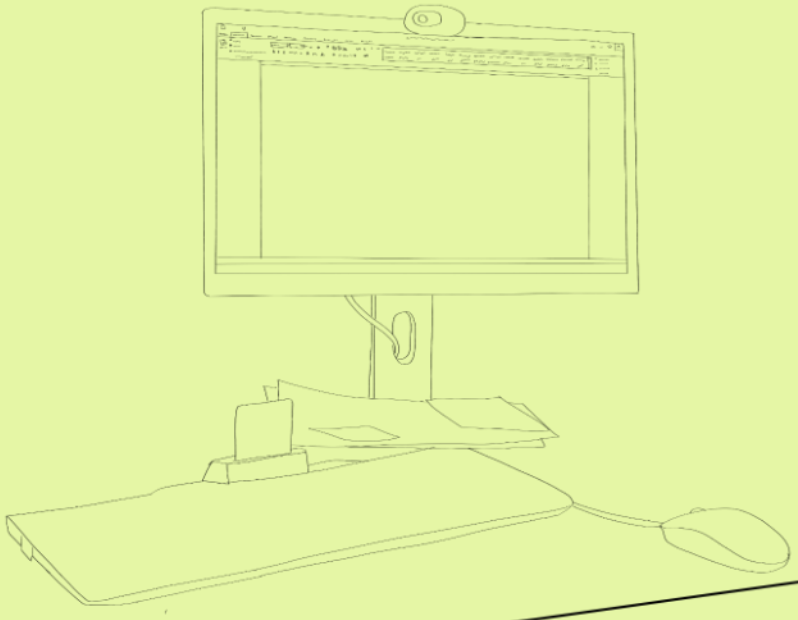
(re)lire dans l'urgence



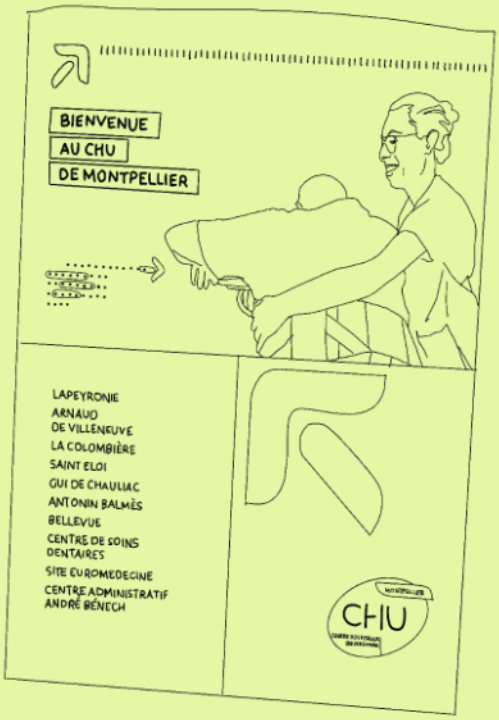
Chaque patient·e repart avec sa lettre de sortie. Telle est l'objectif affiché par le service des urgences. Cette lettre est souvent accompagnée d'autres documents : une lettre de liaison adressée au médecin traitant ; une ou plusieurs ordonnances ; une lettre de convocation pour les consultations post-urgences.
Les secrétaires sont garantes de la production de ces documents, qu'elles produisent en lien étroit avec les médecins. La lettre de sortie est générée automatiquement à partir de deux questionnaires remplis sur le dossier patient informatisé : le questionnaire de sortie et le résumé de passage aux urgences. Ces questionnaires sont majoritairement remplis par les médecins et infirmier·ères, mais les secrétaires vérifient la concordance des informations entre les deux.

Lorsque ce courrier généré automatiquement s'affiche sur le logiciel de traitement de texte, il reste souvent beaucoup de travail pour le mettre au propre. Dans un service sous tension comme les urgences, les médecins utilisent de nombreuses abréviations et font beaucoup de fautes de frappe, de coquilles. Lorsqu'elles reprennent le courrier, les secrétaires font un travail de relecture de fond, vérifient que le courrier est accordé au genre du ou de la patient·e (féminin ou masculin), justifient le texte et vérifient les coordonnées du médecin signataire. Les secrétaires impriment ensuite la lettre pour la remettre aux patient·es, s'ils et elles ne sont pas déjà parti·e, ce qui peut arriver.





La relecture des lettres de sortie ne demande pas seulement des compétences ortho-typographiques et grammaticales, elle demande une connaissance fine de l'activité du service qui permet une lecture entre les lignes : en lisant les lettres, les secrétaires traduisent un acte médical ou une information sur l'état d'un·e patient·e, son identité, en autant d'actions administratives à faire. Elles produisent ainsi une liste de choses à faire par la suite : programmer des consultations, faire un « mouvement » (opération administrative de modification du service de prise en charge du patient) dans un service d'hospitalisation. Par exemple, un·e patient·e qui vit en EHPAD aura nécessairement besoin d'une ambulance. Un·e patient·e qui doit voir un médecin dans un autre département signifie que les secrétaires peuvent clôturer le dossier. Une fois tous les documents nécessaires imprimés, les secrétaires ou les médecins remettent leur dossier aux patient·es avant son départ, ou bien le fond suivre au service hospitalier suivant.



Une pratique littéraire : la production de rapport d'autopsie

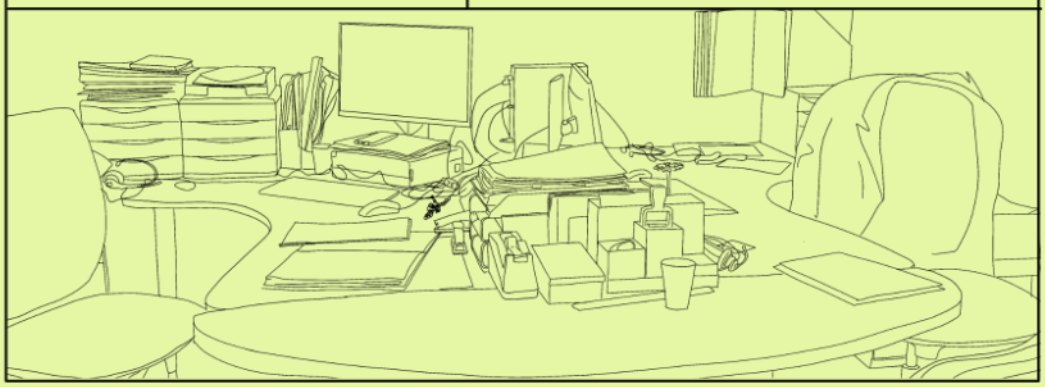
La médecine légale a ceci de particulier qu'elle ne soigne pas, elle constate, elle « raconte des histoires », comme me l'explique un médecin légiste durant mes observations dans le secrétariat de ce service. La production documentaire occupe ainsi une place centrale dans son organisation : sans rapports (d'autopsie ou de consultation), la mission du service n'est pas atteinte.
Les secrétaires occupent donc une place jugée plus importante que dans d'autres services hospitaliers. Elles frappent, relisent et envoient les rapports qui seront utilisés dans les procédures légales associés aux victimes ou aux défunt·es.

Les secrétaires passent le plus clair de leur journée à transcrire des enregistrements audio dictés par les médecins d'une durée de 20 à 30 minutes (ce qui est considéré comme très long par rapport à d'autres services). Les rapports d'autopsie qu'elles tapent se rapprochent parfois d'œuvres littéraires, ils sont constitués de descriptions très fines des corps et de l'histoire des défunt·es. Des phrases comme « Le poumon est discrètement recouvert de sang » sont radicalement différentes des formulations très techniques des comptes rendus du service des urgences par exemple.

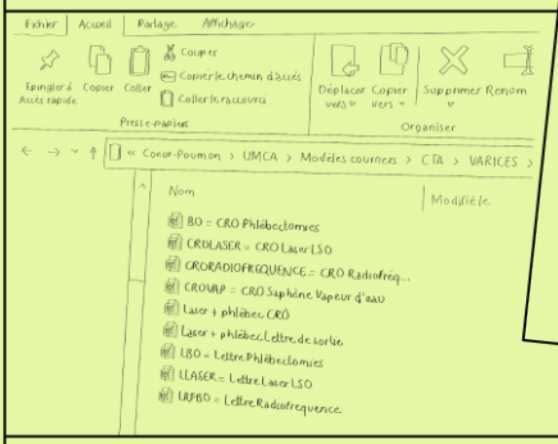
AUTOPSIES 2019	18/01/2024 13:48	Dossier de fichiers
AUTOPSIES 2020	26/02/2024 14:39	Dossier de fichiers
AUTOPSIES 2021	15/04/2024 10:55	Dossier de fichiers
AUTOPSIES 2022	02/05/2024 16:09	Dossier de fichiers
AUTOPSIES 2023	15/05/2024 12:42	Dossier de fichiers
AUTOPSIES 2024	24/05/2024 10:53	Dossier de fichiers

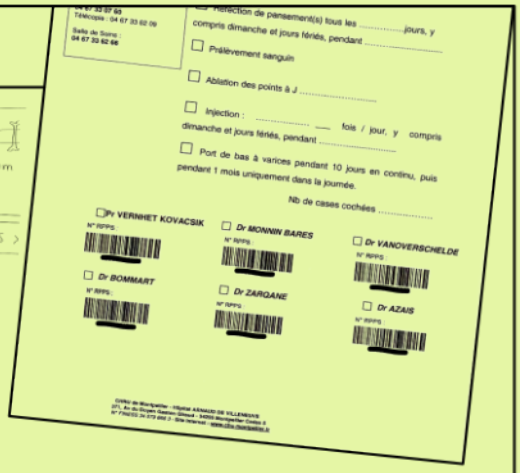
La relecture constitue également un moment très important : les secrétaires relisent attentivement ces rapports, mais c'est aussi le cas des médecins légistes. En effet, la justesse de l'écriture, de l'orthographe, de la grammaire sont autant de détails qui seront examinés à la loupe par la Justice. La moindre faute peut être retenue comme vice de procédure : si un mot est mal orthographié, c'est que le médecin n'était pas attentif lorsqu'il a relu le document, et qui sait s'il était vraiment attentif durant l'autopsie ?

Si le binôme secrétaire-médecin reste plus important en médecine légale qu'ailleurs, force est de constater, selon les dires du chef de service, que ce lien s'est distendu avec l'intégration d'outils numériques. L'exemple des logiciels de reconnaissance vocale est évoqué : ces derniers transcrivent automatiquement les propos dictés par les médecins. En théorie, les secrétaires ne devraient intervenir que pour une relecture rapide. Néanmoins, ce type de technologie semble particulièrement peu opérante en médecine légale. L'écriture médico-légale et sa prose très littéraire mettent à l'épreuve des outils entraînés avec des formes d'écriture beaucoup plus techniques. Par exemple, lorsque l'on dicte « un coup de poing », l'outil retranscrit « Un coup : ».



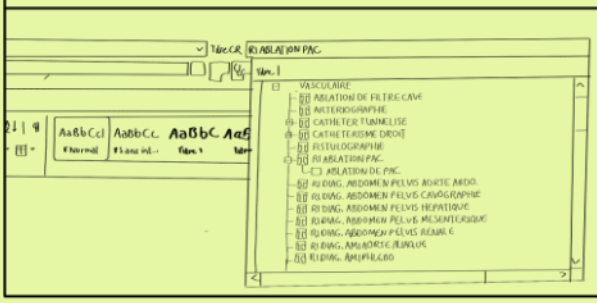
Insertions, raccourcis, modèles

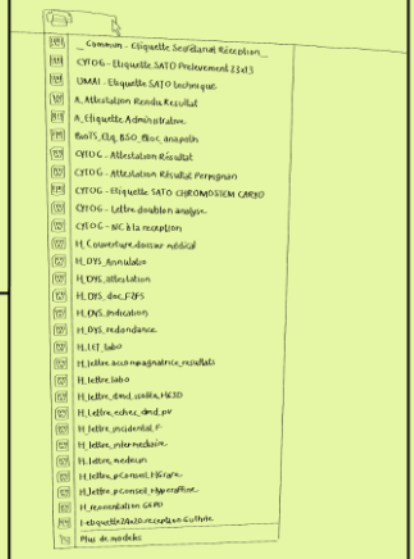




Pour optimiser la production de courriers tels que les compte-rendus opératoires, Mélanie* a mis en place certaines stratégies. Le contenu des comptes rendus opératoires (CRO) étant relativement répétitif, des documents pré-remplis sont automatiquement générés par le logiciel de traitement de texte connecté au dossier patient informatisé. Mélanie* n'a plus qu'à en modifier certains éléments avant de les adresser aux médecins qui les modifient et les signent. Par exemple, ces documents comportent par défaut les noms et identifiants RPPS de tou·tes les médecins qui travaillent dans l'unité. Mélanie* n'a plus qu'à supprimer les mentions inutiles pour garder celle du médecin qui a fait l'intervention associée à ce CRO. Mélanie* a également constitué un répertoire d'insertions applicables sur le logiciel de traitement de texte. Ces insertions permettent, en saisissant quelques signes, de générer des paragraphes entiers de texte (des morceaux de compte rendus standardisés).
Il existe un document listant toutes ces insertions, mais elle les connaît presque toutes par cœur. Elle connaît également par cœur ses « quotas » d'interventions, ce qui facilite le temps qu'elle passe à en programmer de nouvelles : la durée de différents types d'interventions et les conditions nécessaires pour les programmer (chambres, blocs opératoires et médecins).

Si la mémoire des secrétaires s'appuie sur des outils tangibles, du post-it à la liste d'insertions automatiques, leurs compétences se mesurent souvent à la rapidité avec laquelle elles mobilisent ces ressources – notamment par leur mémoire vive des gestes administratifs.





toiement se glisser dans le courrier. Ce type de pratique n'est pas vu d'un très bon œil par les secrétaires. Pour certaines, ces tutoiements sont signe d'un manque de professionnalisme, car ces documents, même s'ils sont adressés à d'autres médecins, sont accessibles aux patient·es. Parmi ces détails qui, cumulés, produisent des documents « pas propres » selon elles, on retrouve l'attention portée à la superposition du tampon de l'établissement et la signature manuelle des médecins. Ces dernier·ères ont tendance à signer à côté lorsque le tampon est déjà apposé, ce qui oblige les secrétaires à ne tamponner qu'une fois que les médecins ont déjà signé. En somme, la relecture s'inscrit dans une pratique de copie plus large – transcrire la parole d'un·e médecin – qui a été progressivement segmentée pour organiser la production collective de courriers. Largement imbriquée dans le travail de frappe, la relecture s'extrait, non sans mal, d'une activité à part entière qui consiste à poser un regard extérieur à la transcription (qu'elle soit faite par un·e médecin ou un outil numérique de reconnaissance vocale). Si le travail de frappe, ou de supervision de la frappe, est de plus en plus pris en charge par les médecins dans certaines spécialités qui le permettent, la relecture reste encore une affaire de secrétaire. Ce constat s'explique notamment par un manque de temps et d'intérêt des professionnel·les de santé pour la production de documents médico-administratifs, qui ne leur apparaît pas centrale dans leur activité. Les secrétaires médicales, au contraire, ont à cœur ce travail de formalisation : ce dernier repose sur des opérations de copie, qui ne sont jamais de simples reproductions.

Faxer et scanner : les variables d'ajustement de l'interopérabilité hospitalière

Certains objets de bureautique sont particulièrement emblématiques des opérations de copies que l'on rencontre dans un secrétariat. Mon attention s'est portée ici sur le scanner et le fax, deux objets dont on soupçonne mal l'importance encore aujourd'hui. Les opérations de copie qu'ils permettent se font les variables d'ajustement d'une interopérabilité de systèmes d'information imparfaits.

Scanner comme jamais

Le scanner est partout, plus visible que les imprimantes, plus utilisé que les photocopieurs. Il trône sur les bureaux, toujours à portée de main, pour effectuer un travail que les secrétaires nomment le « scannage ». Chaque jour, ces dernières doivent décider de ce qui doit être scanné, ce qui peut être jeté, ce qui a déjà été enregistré. À l'hôpital, « scanner » est une action répétitive mais qui demande

une certaine minutie. Les sociologues Mylène Tanferri et Dominique Vinck décrivent à ce sujet l'importance de cette machine dans les archives médicales d'un grand établissement de santé : « le scanner, avec la numérisation, est l'objet de définitions conflictuelles entre les acteurs qui justifient les attentes qu'ils y placent concernant la transition entre le système papier et le système informatisé » (Tanferri et Vinck, 2013, 63). Ils décrivent un ensemble d'opérations qui gravitent autour de cet objet, dont l'action technique ne saurait résumer ce que « scanner » signifie. Des décisions sont prises, avant et après que la machine avale les documents : évaluation du détourage, de l'élimination des feuilles inutiles, retournement des pages pour leur visualisation humaine, ou encore de la mise en ordre des documents papiers selon une structure chronologique et thématique avant leur numérisation (*ibid.*). Ces opérations permettent d'ordonner les informations qui ont changé de matérialité : par exemple, le scanner « "reconnaît" la séparation entre les dossiers qui lui sont soumis en fonction de la présence d'une page de garde, tout comme il est en mesure de signaler les pages présentant peu d'inscriptions, mais c'est l'opérateur qui détermine les documents à éliminer en fonction de l'intérêt sémantique de l'information, par exemple lorsqu'il s'agit d'un verso de tampon qui transparaît au dos d'une page » (*ibid.*, 64).

Dans les secrétariats que j'ai pu observer, on retrouve des logiques similaires : la numérisation d'un document est mise au service du bon déroulement de l'activité de soin, ce qui implique, au-delà de la maîtrise technique d'objets parfois capricieux, de savoir faire le tri. Par exemple, à la réception d'une pile d'examens réalisés dans une clinique, Nathalie*, secrétaire en imagerie médicale, sélectionne les examens les plus pertinents à intégrer au dossier d'une patiente avant sa consultation dans le service : elle sait exactement de quels documents les médecins vont avoir besoin. Ce tri préalable est un acte d'interprétation, une anticipation des usages futurs de ces documents. Dans ce contexte, l'expertise de Nathalie* permet de limiter le nombre de documents importés dans le dossier des patient·es : cela crée plus de lisibilité et un gain de temps pour les médecins. Dans d'autres situations, les documents scannés sont « sauvés » de la poubelle qui accueille par défaut tous les dossiers qui ne sont plus utiles après la sortie des patient·es : les secrétaires opèrent un tri entre les documents qui viennent de l'extérieur et qu'il faut scanner et les documents produits dans le CHU, qui sont déjà intégrés au dossier patient informatisé.

Il faut aussi ruser avec les caprices des machines mais aussi des procédures administratives de l'hôpital. Ainsi, pour scanner un document, encore faut-il savoir où : si un « séjour » n'a pas encore été créé dans le dossier d'un·e patient·e, il est impossible d'y ajouter des documents (sous peine que ce document se perde et soit associé aux mauvais soins). Souvent, les secrétaires doivent scanner des do-

cuments avant l'arrivée des patient·es, ce qui les oblige à identifier des créneaux temporels bien précis : juste après l'ouverture administrative d'un « séjour » dans le dossier d'un·e patient·es (souvent la veille de « l'admission »), mais juste avant qu'un·e soignant·e ait besoin de ce document pour soigner le ou la patient·e. Les secrétaires remplissent donc des bannettes « à scanner », en attendant de pouvoir scanner les documents aux bons moments. Ces bannettes se remplissent et se vident à des rythmes qu'elles ne contrôlent pas toujours, et lorsque l'urgence les oblige à scanner beaucoup de documents à la fois, ce sont les contraintes techniques des machines qui se rappellent à elles : tous les scanners ont un sens différent pour insérer les documents : les AMA peuvent être amenées à changer de poste quotidiennement, donc elles doivent constamment s'adapter à des machines différentes. Une secrétaire m'explique par exemple l'une de ses techniques personnelles : pour créer un seul document à partir de plusieurs feuilles scannées, il faut faire passer deux feuilles dos à dos puis insérer dans la foulée les deux feuilles.

Le scannage ne se réduit donc pas à une simple reproduction. il engage une série de choix : faut-il copier un document (sera-t-il utile et à qui ?), quand faut-il le copier (pour répondre aux exigences des parcours de soin), et comment faut-il le copier (faut-il faire une copie papier ou numérique) ?

Le fax, ou l'impossible obsolescence

À côté du scanner, bien que moins utilisé, le fax résiste. Véritable fossile technologique, il continue pourtant d'alimenter la production documentaire à l'hôpital. De nombreux laboratoires de biologie transmettent encore les résultats d'analyses par fax, obligeant les secrétaires à réceptionner ces documents, les imprimer puis les scanner pour les intégrer au dossier patient informatisé.

Dans son ouvrage *Faxed* (2016), l'historien Jonathan Coopersmith retrace la trajectoire paradoxale d'un outil longtemps annoncé comme obsolète, mais toujours prolongé par ses usages. « Même si les ventes de télécopieurs ont connu une forte croissance dans les années 1980 », écrit-il, « les fabricants et les cabinets d'études de marché considéraient le fax comme une technologie dépassée qui avait manqué le coche, une fenêtre fermée par l'avènement inévitable des technologies informatiques de numérisation et d'automatisation bureautique, théoriquement plus efficaces et plus élégantes » (Coopersmith, 2016, 220). Cette obsolescence anticipée n'empêche pourtant pas un succès qui repose sur « un moyen beaucoup plus convivial, moins coûteux et plus simple de transmettre des mots, des images et des données » (*ibid.*). Le fax a préparé les pratiques de numérisation tout en incarnant une résistance à leur abstraction.

Cette technologie a eu un écho particulier dans le monde de la santé, nourrissant des espoirs dès les années 1930 : dès l'entre-deux-guerres, des ingénieurs et industriels imaginaient déjà la transmission instantanée d'images et de documents à distance, notamment d'examens médicaux comme les radiographies, dans un futur rempli de fax (*ibid.*, 40). Mais ce n'est qu'à la fin des années 1980 que le fax trouve réellement sa place dans les établissements de santé : l'expérimentation conduite au Methodist Hospital de San Antonio, en 1988, démontre son efficacité pour accélérer les prescriptions et améliorer le suivi des ordonnances, marquant l'entrée du fax comme technologie hospitalière (*ibid.*, 168-169).

Aujourd'hui, les médias continuent de s'étonner de la présence obstinée du fax dans les établissements de santé. La machine semble à la fois anachronique et irremplaçable. Aux États-Unis, *The Atlantic* titrait en 2018 : « Why People Still Use Fax Machines[2] », en expliquant que le fax persistait dans la santé pour des raisons de sécurité, de conformité juridique et d'interopérabilité minimale. De même, *Computerworld* notait que « the fax is still king in healthcare[3] » (2023), soulignant que la standardisation des échanges médicaux reste trop incomplète pour s'en passer. En France et au Canada, la presse régionale et nationale relaie les mêmes constats. *Radio-Canada* (2024) observait que les cliniques et hôpitaux utilisent encore massivement le télécopieur, faute de solutions de messagerie sécurisée réellement universelles[4]. En France, *France Bleu* rapportait en 2023 que l'hôpital de Pontarlier, victime d'une cyberattaque, avait dû « retrouver le fax[5] » pour maintenir la coordination des soins. Ces articles dessinent un même paysage : le fax ressurgit dès que les infrastructures numériques défaillent.

Cette fonction d'intermédiaire, de technologie « entre deux mondes », explique la persistance du fax dans les hôpitaux français. Là où les plateformes sécurisées ne parviennent pas encore à relier tous les acteurs du soin, le fax reste l'outil le plus universel, parce qu'il repose sur un principe minimal d'interopérabilité : le papier. Dans de nombreux services, son usage quotidien témoigne de cette dépendance discrète. Aux urgences, un unique fax dessert tout le service, alors que

---

[2] Sophie Haigney, « The Fax Is Not Yet Obsolete », *The Atlantic*, 18 novembre 2018. URL : https://www.theatlantic.com/technology/archive/2018/11/why-people-still-use-fax-machines/576070/

[3] Lucas Mearian, « The fax is still king in healthcare – and it's not going away anytime soon », *Computer World*, 22 mai 2023. URL : https://www.computerworld.com/article/1626950/the-fax-is-still-king-in-healthcare-and-its-not-going-away-anytime-soon.html

[4] Cédric Lizotte, « Le télécopieur règne toujours dans les cliniques et les hôpitaux, selon un nouveau rapport », *Radio Canada*, 9 novembre 2024. URL : https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2119027/telecopieur-cliniques-hopitaux-sante-numerisation-national

[5] « "On retrouve le fax" : sans réseau informatique après une cyberattaque, l'hôpital de Pontarlier se réorganise », *France Bleu*, 21 octobre 2025. URL : https://www.francebleu.fr/emissions/l-info-d-ici-ici-besancon-a-7h30/on-retrouve-le-fax-victime-d-une-cyberattaque-l-hopital-de-pontarlier-se-reorganise-1123027

cet outil s'avère indispensable aux échanges entre professionnel·les, qui ne sont pas équipés d'une messagerie sécurisée. En gérontologie, les secrétaires n'envoient presque plus de documents par fax, mais continuent de recevoir 30 à 40 bilans sanguins par jour provenant de laboratoires de biologie. Dans d'autres services, comme l'imagerie, les fax sont directement convertis en PDF et réceptionnés par messagerie électronique : on parle de « fax virtuel » une hybridation entre fax et mail. En génétique moléculaire, enfin, on continue d'envoyer par fax les demandes urgentes d'analyses – une procédure validée par un contrôle qualité, à condition d'appeler le destinataire avant envoi pour garantir la confidentialité.

Les opérations de copies permises par le fax montrent que ce dernier n'est pas un vestige des systèmes d'information hospitaliers, mais un instrument de continuité : il assure le passage entre des systèmes d'information inégaux, entre le papier et le numérique, entre le temps long de la réglementation et le temps court de l'urgence.

Duplications de l'information : copier-coller et (re)nommer

Les opérations de copie s'incarnent également dans des formes de duplications d'informations existantes : en copiant une information d'un endroit à un autre, il ne s'agit pas tant de la modifier en tant que telle mais de déplacer son contexte d'usage. En cela, copier-coller des informations d'une interface à l'autre ou s'assurer de bien nommer les métadonnées d'un dossier ou d'un fichier sont autant d'opérations de copies.

Copier-coller : une opération modeste

Si la frappe incarne la part la plus visible du travail de copie des secrétaires médicales, un geste plus discret mais tout aussi structurant traverse leur quotidien : le « copier-coller ». Derrière ce geste apparemment trivial se joue une série d'opérations, distribuées dans les logiciels, les mails, les interfaces et les fichiers qui composent le système d'information hospitalier. Loin de refléter une circulation fluide des données, le copier-coller souligne au contraire leur fragmentation, leur duplication, leur réencodage permanent, notamment au travers d'un objet qui passe souvent inaperçu : la souris d'ordinateur.

La souris d'ordinateur est sans doute l'un des objets les plus banals du poste de travail administratif – à tel point qu'elle semble disparaître derrière les gestes

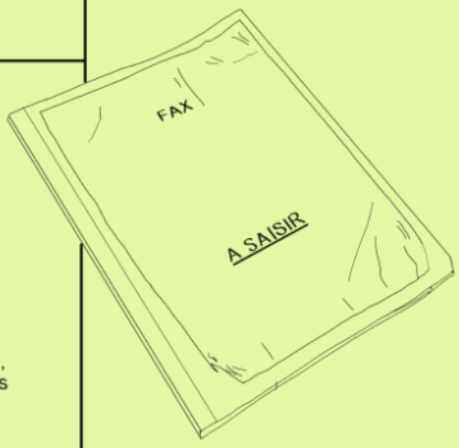
qu'elle permet. Elle constitue une véritable extension de la main des secrétaires, un outil à l'appui du travail de copie que je décris dans ce chapitre : sélectionner, surligner, faire glisser, copier, coller. Ces gestes répétitifs passent par l'interface tactile et directionnelle qu'est la souris. Ce n'est pas seulement un outil de pointage, c'est un dispositif de navigation, d'indexation et de saisie de fragments d'information, qui matérialise une intelligence gestuelle distribuée entre l'œil, la mémoire et la main. Les gestes permis par la souris d'ordinateur ne sont pas un à-côté de l'activité cognitive, ils la rendent possible. Le corps est ici sollicité dans sa précision, mais aussi mis à l'épreuve par des postures de vigilance constante. Parce qu'elle permet de maintenir le lien entre des interfaces disjointes, de stabiliser la mémoire d'une action ou de déplacer l'information d'un espace à l'autre, la souris s'impose comme un accessoire essentiel du travail de copie – une main augmentée, mais non sans coût (tensions dans l'avant-bras, crispation du poignet, immobilité prolongée de l'épaule ; Lalumière et Collinge, 1999).

Dans la gestion quotidienne des dossiers patient·es, le copier-coller devient un outil de remplissage et de répétition maîtrisé. À chaque ouverture de dossier, une part du travail consiste à réinjecter de l'existant : des données déjà formulées ailleurs mais nécessaires à la cohérence du dossier dans un nouvel espace d'écriture. Ici, copier signifie réaffirmer une information dans un contexte précis. La répétition n'est jamais pure : copier, c'est déjà choisir ce qu'il faut reproduire, à quel endroit, et dans quelle version : un fragment de texte déplacé vers un champ, une note, un courrier, qui vient formaliser la mémoire d'une décision ou d'un événement administratif. Salma*, l'une des secrétaires qui m'accueille dans le service d'urologie, navigue avec une aisance particulière parmi toutes ces interfaces. Elle connaît par cœur certains enchaînements pour récupérer une information et la copier-coller ailleurs, tout en vérifiant d'autres informations au cours de la même opération. L'observer demande une grande concentration pour tenter de comprendre la logique de ses déplacements numériques. Le pointeur de sa souris saute de la boîte mail au dossier patient informatisé, d'un tableau Excel au logiciel de gestion de rendez-vous, copiant un motif de consultation ici pour le coller là, tout en consultant un nom dans un annuaire. Ses gestes sont rapides et millimétrés, appris et répétés des milliers de fois.

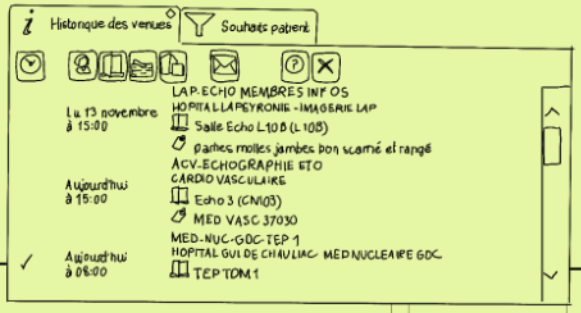
Une seconde fonction du copier-coller est la traçabilité des gestes. Les secrétaires gèrent chaque jour des dizaines d'interactions – demandes de rendez-vous, courriels, documents à transmettre – dans un contexte où le nombre de logiciels et d'interfaces ouverts simultanément exige une navigation experte. L'aisance technique des secrétaires ne vise pas seulement l'efficacité : elle protège. Lorsqu'elles effectuent une action, comme programmer une consultation, beaucoup d'entre elles ont pris l'habitude de copier-coller des extraits choisis des demandes qui leur arrivent dans les dossiers, en guise de mémoire de leurs gestes. Cette pra-

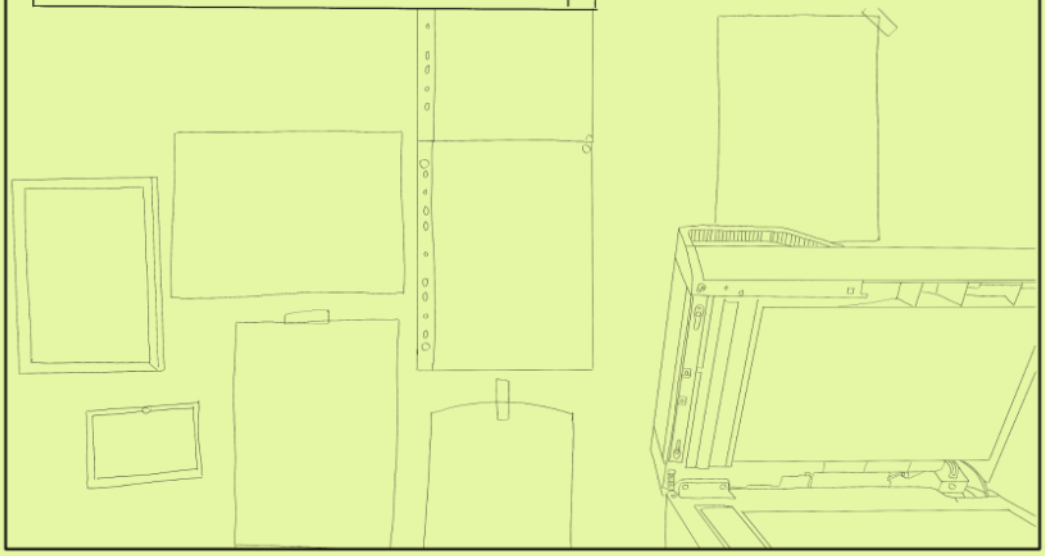
Scanner comme jamais

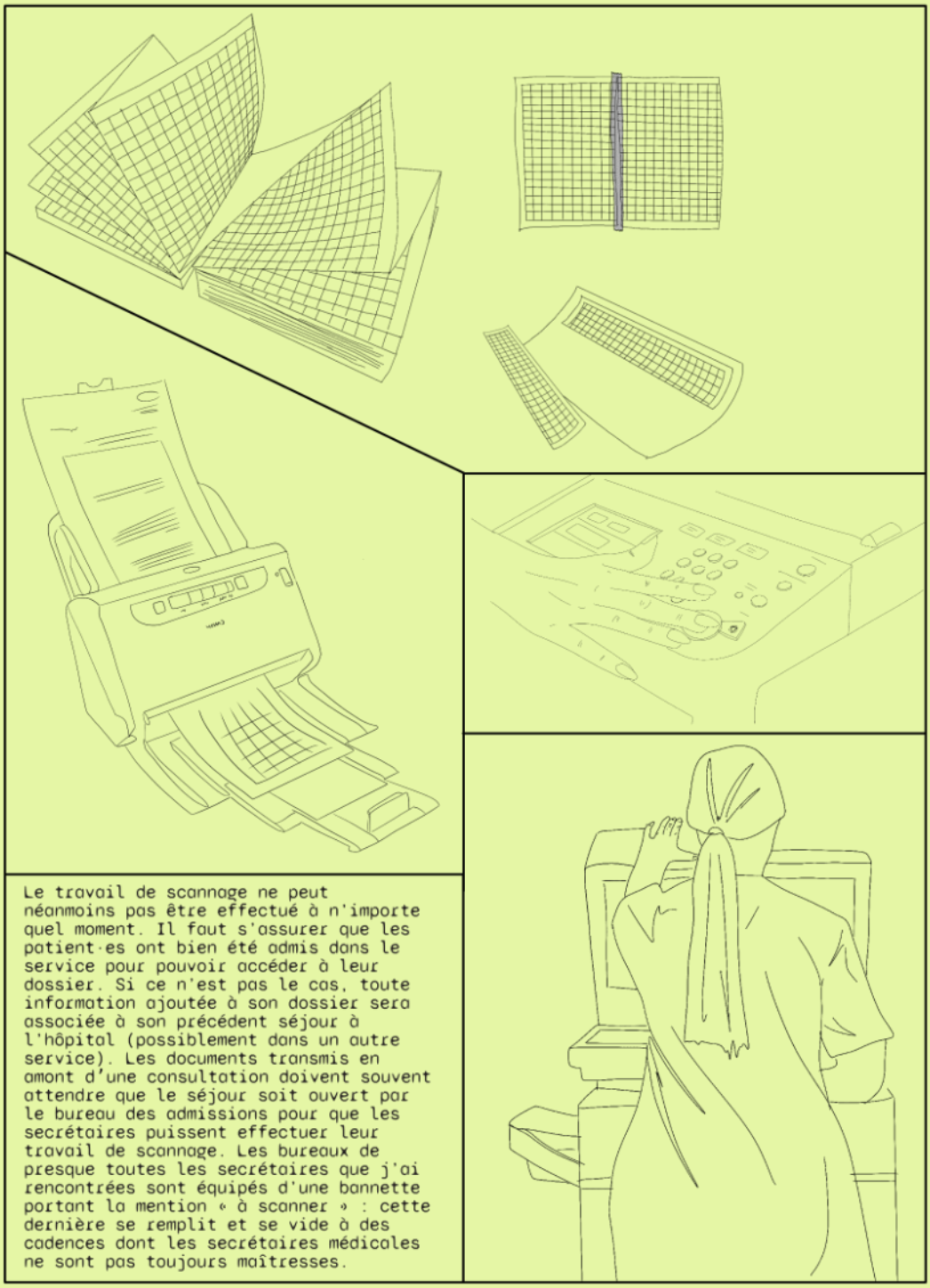
Chaque jour, les secrétaires de gérontologie font le tour des bureaux des internes et des infirmier·ères pour récupérer dans des bannettes dédiées les « documents à scanner ». Ces documents, disposés en vrac, sont ensuite scannés un à un par les secrétaires sur les différents dossiers de patient·es concernés. Récemment, les secrétaires ont demandé aux médecins de faire du tri dans ces documents, afin d'éviter aux secrétaires de devoir identifier les documents déjà scannés sur le dossier patient·e. Ces documents peuvent être des lettres de médecins extérieurs au service, des documents apportés par les patient·es lors de leur admission, des ECG ou bien des résultats d'analyses biologiques envoyées par des laboratoires extérieurs à l'hôpital. Ces derniers utilisent encore souvent le fax pour envoyer ces résultats, que les secrétaires doivent réceptionner et scanner.



Cette tâche s'avère particulièrement ingrate lorsque les documents qui doivent être scannés ne sont pas au format A4, comme les électrocardiogrammes (ECG), qui sont découpés dans de grands rouleaux de papier millimétré. Lorsque ces documents arrivent au secrétariat, il faut souvent les redécouper (sans en perdre l'ordre) pour pouvoir les scanner. Parfois, les morceaux ne sont pas assez longs pour être acceptés par la machine, ce qui oblige les secrétaires à les photocopier d'abord pour obtenir un document A4.







Le travail de scannage ne peut néanmoins pas être effectué à n'importe quel moment. Il faut s'assurer que les patient·es ont bien été admis dans le service pour pouvoir accéder à leur dossier. Si ce n'est pas le cas, toute information ajoutée à son dossier sera associée à son précédent séjour à l'hôpital (possiblement dans un autre service). Les documents transmis en amont d'une consultation doivent souvent attendre que le séjour soit ouvert par le bureau des admissions pour que les secrétaires puissent effectuer leur travail de scannage. Les bureaux de presque toutes les secrétaires que j'ai rencontrées sont équipés d'une bannette portant la mention « à scanner » : cette dernière se remplit et se vide à des cadences dont les secrétaires médicales ne sont pas toujours maîtresses.

tique permet de « se couvrir » lorsqu'il y a un problème et que l'on veut remonter la chaîne de la responsabilité, mais aussi plus simplement de se souvenir des raisons des choix qu'elles effectuent par dizaines chaque jour. Le copier-coller devient un moyen de documenter ses propres décisions.

Enfin, le copier-coller permet aux secrétaires de stabiliser des formules d'écriture partagées et de mutualiser des ressources rédactionnelles. Nathalie*, secrétaire chevronnée, a constitué une bibliothèque de signatures de mail : des textes-types pour accusés de réception, convocations, réponses fréquentes. Ces blocs de texte sont intégrés à son logiciel de messagerie, et peuvent être insérés en un clic. Elle les partage avec ses collègues, créant ainsi un répertoire collectif de fragments prêts à l'emploi. Ici, le copier-coller devient une technique d'optimisation, mais aussi une économie de l'effort et de la répétition. Ce travail de paramétrage n'est pas anodin : il repose sur une expérience fine des échanges récurrents, une capacité à formuler des messages clairs, adaptés aux contraintes de temps et à la diversité des interlocuteur·ices. Le copier-coller participe alors à la formalisation de routines d'écriture, à l'uniformisation du ton, à la régularité bureaucratique du secrétariat hospitalier – sans qu'aucune de ces signatures ne porte le nom de celle qui les a composées.

En somme, copier-coller est une opération qui engage des choix, des ajustements, des précautions, un geste de transformation minimal qui articule données, gestes, et mémoire. Les opérations de copier-coller que j'ai décrites confirment que les données ne circulent pas d'un point A à un point B, elles sont dupliquées, et nécessairement transformées.

Nommer pour organiser : les métadonnées comme processus

Rarement mise en avant, l'écriture de métadonnées associées aux dossiers des patient·es constitue une opération centrale pour le fonctionnement des systèmes d'information. Dans le cadre des formations obligatoires lors de leur recrutement dans l'établissement, les secrétaires apprennent à nommer les fichiers scannés avec rigueur.

> « On a une collègue qui écrit XXX, une autre qui met une virgule », dit une secrétaire lors d'une formation AMA. Une autre réagit : « DES VIRGULES ??!! Mais il faut me l'envoyer en formation, elle ! ».

Derrière ce rire, se joue une exigence : faire en sorte que le document numérisé soit trouvable, lisible par d'autres. Ces opérations d'écriture obéissent à des normes, parfois implicites, souvent localement ajustées. La formation à laquelle j'ai assistée enseigne ces normes, notamment au travers de protocoles d'identito-

vigilance (voir chapitre 13) mais elle ouvre aussi un espace de discussion sur les pratiques des unes et des autres.

On retrouve ce type d'opérations décrit dans plusieurs travaux portant sur les « petites mains » des bases de données : par exemple, les techniciennes du portail d'information sur les maladies rares Orphanet, étudiées par les sociologues Eric Dagiral et Ashveen Peerbaye, font un travail semblable de formalisation de métadonnées : elles, car ce sont aussi essentiellement des femmes, « ne se contentent pas de rechercher des informations et d'entrer des données : elles produisent également des textes, en particulier les résumés, qui sont l'élément central signant la présence d'une maladie dans la base, et autour duquel, sur le portail, sont disposées les autres ressources » (Dagiral et Peerbaye, 2012, 15). Autrement dit, les données ne deviennent actionnables qu'à travers ce travail de rédaction, de correction, d'édition et de circulation entre différent·es acteur·ices (expert·es, associations de patient·es, grand public). Également, dans les archives hospitalières étudiées par les sociologues Mylène Tanferri et Dominique Vinck, « les règles qui régissent l'activité individuelle (classement, définition des documents) reposent sur un savoir pluriel et non formalisé, situé à l'intersection d'un respect des traditions (typologie des documents inchangée depuis sa création), de déductions faites par l'opérateur à partir de caractéristiques formelles des documents et d'adaptation aux demandes, souvent informelles, des utilisateurs » (Tanferri et Vinck, 2013, 12). Ce travail de mise en forme n'est pas secondaire : « les activités consistant à équiper les documents pour garantir leur circulation attribuent des rôles, des places et des définitions aux informations dans une architecture pour les faire apparaître dans des environnements multiples et déconnectés » (*ibid.*).

Les travaux de Paul Edwards et ses collègues permettent d'éclairer ces différentes activités d'écriture et de les regrouper dans un ensemble de pratiques de production et d'harmonisation de métadonnées. Dans leur article intitulé *Science friction: Data, metadata, and collaboration* (2011), ils montrent que les métadonnées ne peuvent pas être comprises seulement comme des produits finis, c'est-à-dire des étiquettes standardisées venant décrire des données de manière définitive. Elles doivent être envisagées comme un processus continu, un travail collectif de traduction et d'ajustement qui permet à des informations de circuler entre acteur·ices, systèmes et contextes hétérogènes. Ainsi, produire des métadonnées, c'est entretenir un dialogue : entre des scientifiques, dans le contexte étudié par Edwards *et al.* (2011), ou entre des professionnel·les de santé, dans le cas qui m'intéresse. Ce travail est « fragmenté, divergent, itératif et local », car il dépend des usages, des outils et des collectifs impliqués (*ibid.*, 676). En d'autres termes, les métadonnées ne sont pas des objets stabilisés : elles sont le résultat mouvant d'un travail d'écriture distribué.

Dans les secrétariats médicaux, les métadonnées jouent un rôle comparable. Elles sont la condition de lisibilité et de continuité du dossier patient. Le travail le plus conséquent concerne d'abord les métadonnées des dossiers patient·es, notamment lors de leur création. Ces informations administratives (nom, prénom, date de naissance, identifiant, adresse) permettent d'éviter les doublons (deux dossiers pour un·e patient·e), les collisions (deux patient·es pour un dossier) ou les homonymies. La justesse de ce nommage conditionne la fiabilité de tout le système : une erreur d'accent, un espace mal placé, une inversion de prénom peuvent compromettre la traçabilité d'un dossier et la sécurité des soins. Les secrétaires doivent donc développer une connaissance fine des anomalies possibles et des exceptions.

La deuxième pratique observée dans les secrétariats concerne le nommage des documents numérisés. Résultats d'examens, courriers de spécialistes, ordonnances, bilans biologiques : chaque fichier doit être importé dans le bon dossier, sous la bonne rubrique, et daté non pas selon le jour du scannage, mais selon la date de valeur du document, c'est-à-dire celle de l'acte ou de la production médicale correspondante. Cette précision temporelle, souvent invisible, constitue une métadonnée fondamentale, car elle permet de reconstituer la chronologie clinique des événements.

Enfin, une troisième forme de travail sur les métadonnées apparaît lorsqu'il s'agit d'ajouter un nouveau médecin au répertoire de correspondants du logiciel DxCare. Pour que les courriers sortants puissent être correctement adressés, les secrétaires doivent enregistrer manuellement les informations du praticien (nom, prénom, RPPS, coordonnées). L'opération se fait via Word avant d'être transmise au service informatique par e-mail, illustrant le caractère distribué de ce travail.

Ainsi, dans les secrétariats comme dans les laboratoires étudiés par Edwards et ses collègues, les métadonnées ne sont pas des traces accessoires : elles sont au cœur du travail de traduction que mènent les secrétaires médicales. Nommer un fichier ou un dossier est donc une forme d'écriture modeste, qui repose sur la « copie » d'informations déjà existantes. Elle s'avère cependant structurante car elle permet de produire de la stabilité dans un environnement informationnel en perpétuelle recomposition.

L'ultime copie : l'illusion de l'archivage

Archiver, à l'hôpital, n'est jamais une opération de clôture : c'est un geste suspendu, un arrêt provisoire dans le flux incessant des documents. Chaque dossier,

chaque note, chaque formulaire peut toujours être réactivé, rouvert, recopié. Il s'agit ici d'explorer cette illusion de l'archive, où la mémoire hospitalière se révèle moins comme un espace de conservation que comme un système vivant de tri, de duplication et d'effacement.

Archives, copies et doublons : une mémoire active à l'hôpital

Un système d'information hospitalier ne se résume jamais à une structure stable, mais se compose d'innombrables opérations de classement, de tri, de recomposition ... et de copie, comme je l'ai déjà montré dans ce chapitre. Ce travail des données se fait toujours à l'aune de deux questions : que doit-on garder pour prendre soin des patient·es ? Que doit-on garder pour être en règle ? Ainsi, à l'hôpital, « archiver » n'est jamais un geste final : tant que les patient·es vivent et circulent, leur dossier peut ressurgir. Ce paradoxe – archiver pour mieux réactiver – produit un écosystème documentaire mouvant.

Comme l'a souligné le sociologue Marc Berg, chaque inscription est une opération de sélection. Le dossier médical ne vise pas à reproduire fidèlement la totalité d'un événement clinique, mais à en stabiliser certains éléments jugés pertinents pour la prise en charge et l'organisation hospitalière : « Lorsque l'activité de représentation est prise en compte, la relation entre la représentation et ce qui est représenté devient beaucoup plus complexe. [...] la création de la représentation impliquant un travail actif d'ordonnancement, elle est en fait impliquée dans l'événement même qu'elle représente » (Berg, 1996, 2). Autrement dit, les inscriptions que l'on trouve à l'hôpital ne sont pas de simples miroirs des activités de soin : elles contribuent à façonner cette réalité, en ordonnant certains faits, en en laissant d'autres de côté. La mémoire hospitalière n'est donc jamais exhaustive : elle repose sur un oubli partiel mais organisé, produit par le travail même de copie, tel que je l'ai décrit dans ce chapitre.

À ce titre, les doublons, que l'on retrouve sous différentes formes à l'hôpital, démontrent la complexité des pratiques d'archives. Les doublons sont parfois des erreurs techniques, mais font aussi partie de pratiques administratives volontaires. Ces deux situations font l'objet d'un travail : soit pour effacer le doublon, soit pour le pérenniser.

Dans DxCare, le dossier patient informatisé, un doublon est associé à la création involontaire de deux dossiers différents pour un·e seule patient·e. Ces redondances sont révélatrices des multiples points d'entrée de l'hôpital et de son système d'information : une simple erreur dans la manière d'épeler un nom de famille peut donner lieu à la création d'un nouveau dossier par une secrétaire, alors qu'il en existe déjà un. Lorsqu'un doublon est repéré, les secrétaires s'em-

ploient à le supprimer : Linda*, secrétaire en dermatologie, explique par exemple qu'elle doit alerter le bureau des entrées habilité à supprimer des doublons. Mais dans certaines situations, la manœuvre s'avère plus difficile : dans le cas d'un patient apatride, la fusion des dossiers est impossible faute de justificatifs d'identité. Le doublon ne peut être supprimé et la secrétaire apprend alors à naviguer entre deux versions d'un même patient, à savoir dans quel dossier chercher la bonne information.

Au-delà de ces doublons considérés comme des erreurs, certains sont des pratiques volontaires mises en œuvre : d'abord, dans de nombreux services, les dossiers des patient·es existent sous différentes formes, imprimée et numérique. C'est le cas en psychiatrie, en médecine légale ou en génétique moléculaire. Ces doublons ont des usages précis : soit échanger plus facilement des informations, soit les stocker de manière sûre et accessible. Par ailleurs, les secrétaires ont également des pratiques du doublon qui leur permet de s'assurer qu'une information arrive bien à destination.

Dans certains services, les secrétaires reçoivent les mêmes résultats d'analyse via deux canaux : par fax mais aussi par messagerie sécurisée, afin que le médecin les reçoive aussi. En médecine légale, les secrétaires ont pris l'habitude de doubler les courriers postaux qu'elles envoient aux commissariats de mails, afin d'éviter qu'on leur réponde que les courriers « se perdent ». Ces exemples montrent que, face à des outils instables et à des circuits d'information fragmentés, la redondance devient une garantie de fiabilité. Copier deux fois, c'est anticiper les défaillances du système : c'est s'assurer qu'une information essentielle ne se perdra pas dans les interstices de l'infrastructure.

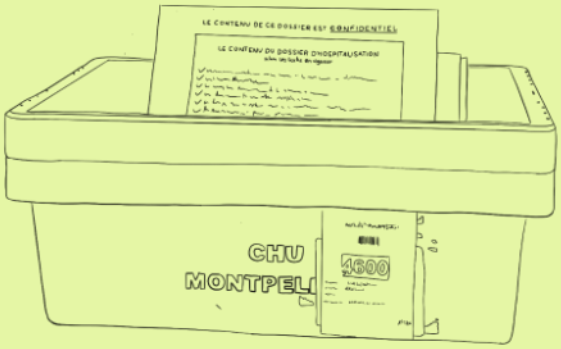
De l' « archivette » au data center : les échelles de l'archive

Dans certains services hospitaliers, les secrétaires gèrent ce qu'elles nomment des « archivettes » : ce sont des espaces de stockage appartenant au périmètre de leur service. En 2025, alors que la plupart des hôpitaux utilisent des dossiers patient informatisés, l'hôpital délègue une partie de sa mémoire dans des bases de données locales ou centralisées avec d'autres établissements : au CHU de Montpellier, par exemple, la sauvegarde des données médicales et administratives est effectuée via un entrepôt de données régionale (l'Entrepôt de DOnnées de santé du Languedoc - eDOL). L'illusion d'une mémoire totale et stable s'incarne ici dans l'imaginaire d'un stockage sûr et définitif. Cette illusion est particulièrement ancrée au CHU de Montpellier, un grand établissement où les capacités de stockages sont telles qu'à ce jour, les secrétaires médicales ne sont guère embêtées par des injonctions au tri pour libérer de l'espace de stockage.

Pourtant, si une grande partie des archives sont aujourd'hui numériques, des archives papier persistent sous deux formes : d'une part, un service dédié à la gestion des archives papiers de l'hôpital, et d'autre part, des archives locales, propres à chaque service. Dans certains services, ces « archivettes » n'existent pas (en imagerie médicale par exemple), mais dans d'autres, plusieurs raisons amènent à la conservation de certains documents, dont la gestion revient souvent en partie aux secrétaires médicales. Certaines archives concernent la documentation de pratiques médicales, notamment en biologie où chaque médecin a besoin de conserver des traces de ses protocoles d'analyse : ces archives doivent rester à portée de main pour être mobilisées dans le cadre de leur activité ou d'un contrôle qualité. Ces archives concernent aussi parfois des pratiques des médecins qui ne sont pas effectuées pour le compte de l'hôpital : c'est le cas des expertises médico-légales ou psychiatriques. L'hôpital n'a aucune obligation à organiser les archives de telles activités, et ce sont alors des négociations internes dans chaque service qui amènent à pousser les murs pour stocker ces documents. Dans d'autres cas, ce sont les dossiers imprimés des patient·es qui sont conservés dans les services : dans ce cas, la notion d'archive se brouille car ces dossiers peuvent redevenir actifs à tout moment, et leur durée de conservation peut-être illimitée (c'est le cas en génétique, où les dossiers sont conservés après la mort des patient·es). Parfois enfin, les archivettes contiennent des dossiers qui devraient être envoyés aux archives centrales, ou bien jetées.

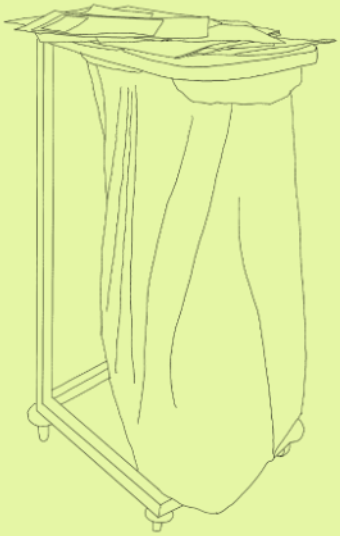
Les archivettes, dans toute leur diversité, ont donc un rôle de tampon entre l'activité d'un service, les archives officielles de l'établissement et le dossier patient informatisé et les bases de données auxquelles ce dernier est rattaché. Ces micro-archives absorbent la variabilité des flux d'information qui traversent les services hospitaliers, et assurent la continuité entre l'usage clinique immédiat et la mémoire institutionnelle.

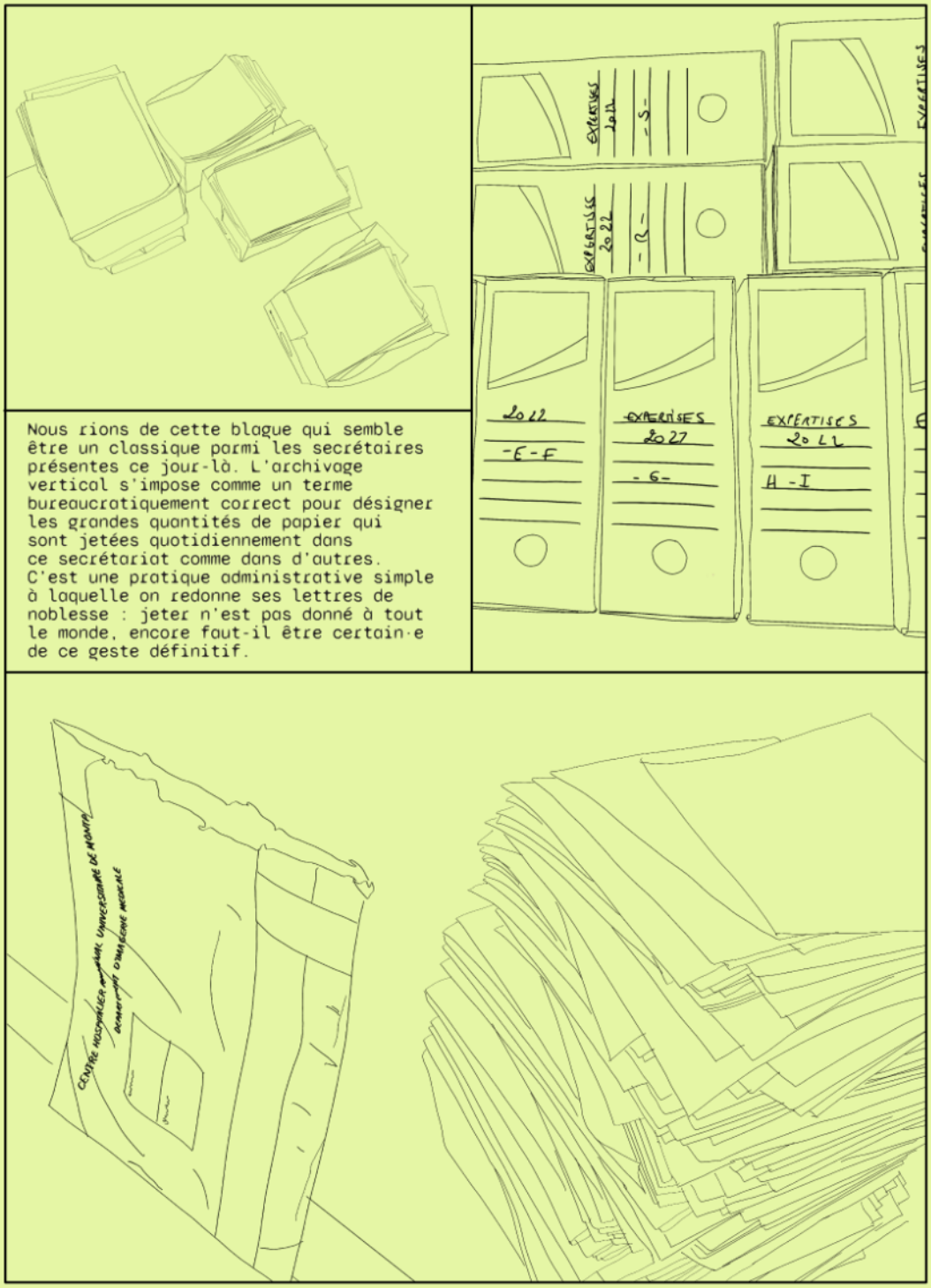
Archivage vertical



Lors d'une pause déjeuner durant mes observations à l'hôpital, une secrétaire, d'humeur taquine ce jour-là, se tourne vers moi et me demande :

– Tu sais ce que c'est l'archivage vertical Fanny ?
– Non, je ne sais pas ...
– Attend je te montre !
Elle tend alors sa main au dessus de la poubelle à côté d'un bureau.
– Voilà, c'est ça l'archivage vertical, c'est quand on jette !




Nous rions de cette blague qui semble être un classique parmi les secrétaires présentes ce jour-là. L'archivage vertical s'impose comme un terme bureaucratiquement correct pour désigner les grandes quantités de papier qui sont jetées quotidiennement dans ce secrétariat comme dans d'autres. C'est une pratique administrative simple à laquelle on redonne ses lettres de noblesse : jeter n'est pas donné à tout le monde, encore faut-il être certain·e de ce geste définitif.
2022
-E-F
EXPERTISES 2022
-G-
EXPERTISES 2022
H-I
EXPERTISES 2022
-R-
EXPERTISES 2022
-S-
EXPERTISES
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE

L'art de jeter

Jeter une compétence à part entière. J'ai expliqué plus tôt que les secrétaires médicales du service des urgences sont contraintes de « sauver » des documents en les scannant, pour leur éviter la poubelle. L'opération de scannage qui suit repose sur une décision de la secrétaire : ne pas jeter. Dans ce service, la clôture des dossiers est l'objectif principal des secrétaires qui s'occupent des « sorties » aux urgences. Ces dernières sont garantes du bon déroulé administratif de la prise en charge des patient·es : la clôture d'un dossier est synonyme d'une mission accomplie. Si jeter un dossier à la poubelle semble anodin, une série d'embûches peuvent ralentir les secrétaires vers cette étape finale. D'abord, il peut être difficile de savoir si un·e patient·e est réellement sorti·e du service : certain·es font des fugues (ils partent contre l'avis médical), d'autres sont transférés dans d'autres services hospitaliers et enfin d'autres sont l'objet de bugs informatiques qui affichent des patient·es sorties alors qu'ils ne le sont pas. Des échanges avec des collègues sont souvent nécessaires pour démêler ces situations, car jeter certains documents peut avoir des conséquences importantes, notamment dans des services où l'urgence est omniprésente.

Dans un article documentant le travail des « petites mains » de la centrale d'archivage d'un grand centre hospitalier universitaire, Mylène Tanferri Dominique Vinck (2013) s'intéressent à la nature du travail consistant à numériser les archives papier de l'activité hospitalière. L'étude de ce travail dans les coulisses de l'hôpital permet de comprendre que « cette architecture [de l'information] n'est pas pensée seulement par des concepteurs qui interviendraient avant la réalisation d'un système d'information ou par des consultants qui viendraient le moderniser ; elle l'est aussi par les acteurs qui y sont impliqués dans le quotidien de leur activité et qui produisent des représentations de la structuration des informations dont ils ont besoin pour accomplir leurs tâches » (Tanferri et Vinck, 2013, 5). Les auteur·ices insistent sur la dimension pratique et située de l'architecture de l'information : maintenir un équilibre suppose de déterminer ce qui mérite d'entrer dans la mémoire et ce qui doit disparaître. Cet art du tri ne peut pas être entièrement codifié par les protocoles d'archivage : il se transmet dans l'expérience quotidienne de ces « petites mains », que j'associe, dans le cadre de mon enquête, aux secrétaires médicales.

Finalement, l'archivage hospitalier n'échappe pas à la logique générale des opérations de copie. Archiver, c'est donc toujours copier – produire une nouvelle version, déplacée dans un autre espace, dotée d'un autre statut. L'archive n'est pas un original figé, mais la trace réitérée, reconfigurée, d'un document qui continue de circuler. Ainsi, les « archivettes », les archives centralisées et les sau-

vegardes numériques ne sont que des couches successives de duplication, où l'illusion de stabilité repose sur un incessant travail de copie.

Ce que copier signifie à l'hôpital

À l'aube du XXe siècle, le secrétariat change radicalement de visage : l'invention administrative de la catégorie des dactylographes, concordante avec l'invention du dictaphone, donne lieu à une division accrue du travail administratif (Gardey, 1999, 597). Calqués sur les modèles de rentabilité des industries de l'époque, des pools de dactylographes sont installés dans les années 1920 dans de grands bureaux ouverts. Le bruit des claquements des machines à écrire y est intenable, et le travail y est payé à la tâche. Le système des secrétaires individuelles n'est plus jugé rentable et l'avènement du dictaphone permet de se passer des compétences de sténographie historiquement associées à des hommes : « S'il est possible de se dispenser de la prise de note à la main, il est alors clair que le travail de dactylographie doit être fait par des femmes. » (*ibid.*). Le travail de copie est alors segmenté : une machine prend le relais d'une compétence historiquement masculine, tandis que les femmes sont assignées à un travail qui est, dans ce contexte, proche du travail à la chaîne. Pourtant, j'ai montré que le travail de copie, tel qu'il est présent à l'hôpital, prend ses distances de ce travail à la chaîne.

La frappe est l'activité la plus connue de ce travail de copie, mais il y en a bien d'autres. Dans les secrétariats médicaux, « copier » est un verbe usuel, synonyme de gestes routiniers. Copier, c'est aussi taper, frapper, scanner, imprimer, faxer, copier-coller, renommer. Autant d'opérations dont la valeur est le plus souvent mesurée en termes de vitesse ou de conformité. Ces gestes ne sont pas aussi « mécaniques » que l'on pense, et ils constituent une part essentielle du travail médico-administratif à l'hôpital. Les opérations de copies qui maillent les activités des secrétariats permettent d'acter une bonne fois pour toutes que les « données » ne circulent pas, unes et inaltérables, dans un hôpital, elles sont copiées à de multiples reprises, ce sont donc des reproductions successives, et nécessairement modifiées, des données qui se mettent en mouvement à travers l'opération même de copie. J'ai ainsi gardé en tête, tout au long de l'écriture de ce chapitre, les mots de Jérôme Denis à propos des « données brutes », une notion critiquable car elle tente de faire exister un état inaltérable de l'information qui, de fait, est un mirage :

> « Explorer le travail des données ne revient pas en effet à observer la circulation parfois difficile d'entités stables, de mobiles immuables frayant sans se transformer jusque de beaux centres de calculs, c'est au contraire découvrir

> les processus incertains à travers lesquels des objets informationnels aux contours flous sont instaurés progressivement et provisoirement en données » (Denis, 2018, 155).

Le travail de copie que j'ai observé dans les secrétariats relèvent des mêmes principes d'impermanence de l'information : leur transformation ne doit pas être entendue comme une altération nocive, mais au contraire comme un impératif de leur bonne circulation. Ainsi, le dossier patient n'est pas une copie morte mais un agent actif, qui façonne les trajectoires des patient·es et organise les routines médicales : « Au travers des pratiques de lecture et d'écriture, le dossier médical devient comme un élément constitutif du travail médical » (Berg, 1996, 22). Cette idée permet de lire différemment les opérations de copie des secrétaires médicales : elles ne se contentent pas de transcrire, elles donnent forme à un milieu informationnel praticable, où la circulation des documents conditionne la possibilité même du raisonnement médical, même si elles ne sont pas à l'origine de ce dernier. L'anthropologue Lucy Suchman a montré combien l'opposition entre travail intellectuel (associé ici aux médecins) et travail d'exécution (ici associé aux secrétaires) est idéologique plus que descriptive et « obscurcit les exigences réelles du travail plutôt qu'à les clarifier » (Suchman, 2000, 9). Autrement dit, classer les tâches de copie dans le registre du « routinier » revient à masquer les compétences pratiques et l'intelligence relationnelle qu'elles exigent. Les opérations de copie que j'ai décrites illustrent parfaitement ce paradoxe : présentées comme routinières, elles constituent en réalité une activité intellectuelle à part entière, indissociable de l'activité de soin au sens large.

Il est d'autant plus important de s'intéresser à ces opérations de copie qu'elles sont, aujourd'hui comme hier, contraintes par des évolutions techniques qui permettent d'automatiser toujours plus ce travail dont la valeur ajoutée humaine est largement questionnée par les tenants d'une rationalisation de l'administration hospitalière mais aussi par certaines secrétaires elles-mêmes. Dans ce chapitre, il ne s'est pas agit de dire que ce travail est fondamentalement impossible à automatiser (il l'est déjà, de fait), mais plutôt d'interroger les contours de cette automatisation, tantôt synonyme de menace, tantôt de soulagement : en décrivant précisément ce que copier signifie, la notion d'automatisation perd de son sens : que désigne-t-on par « automatisation » quand on parle d'un processus maillée d'humain·es et de machines, dans des configurations différentes depuis le début du XXe siècle ? L'automatisation n'est plus un horizon fixe et inaltérable mais un processus en cours, qu'il s'agit d'adapter aux conditions réelles du travail médico-administratif et de l'activité de soin plus largement.

Ce chapitre analyse les opérations d'articulation que nécessitent les recompositions hybrides du travail médico-administratif, en proposant de définir la notion de logiciel de papier. Cette image conceptuelle – un objet hybride fait de couches de papier et d'interfaces numériques – vise à décrire et rendre visible le travail d'articulation que les secrétaires médicales prennent en charge pour participer à la continuité des soins. Le chapitre met en évidence les plis et déchirures de ce logiciel de papier, une infrastructure dont la continuité apparente est marquée par des ruptures auxquelles le travail d'articulation pallie de différentes manières, plus ou moins pérennes.

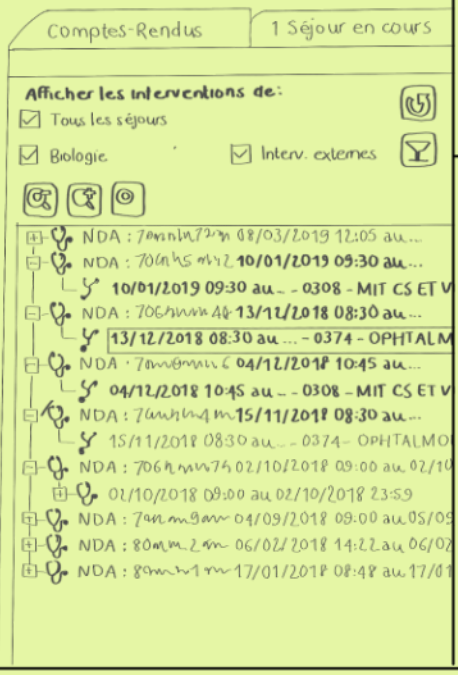
Normaliser,
Harmoniser,
Harmoniser,
Structurer,
Optimiser,
Automatiser,
Simplifier,
Hiérarchiser,
Fluidifier,
Débugger,
Dépanner, Réparer,
Connecter,
Sécuriser,
Paramétrer,
Enregistrer

Chapitre 9

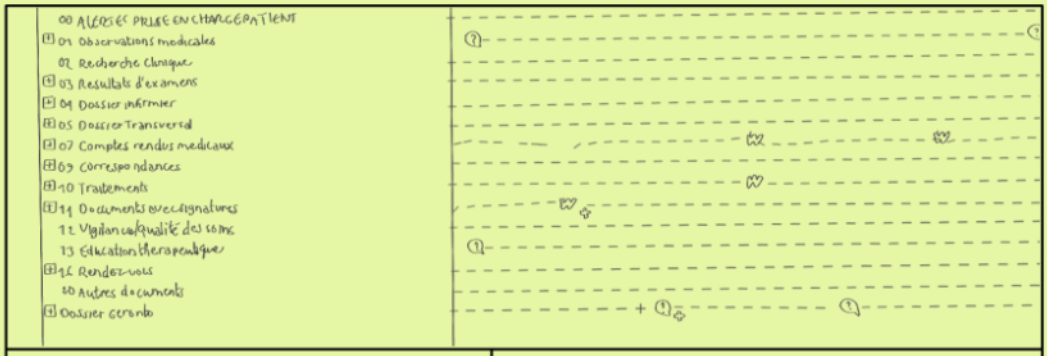
Articulations.
Plis et déchirures d'un logiciel de papier

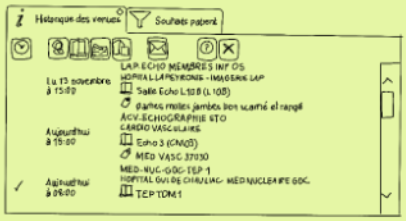
Premières impressions sur DxCare

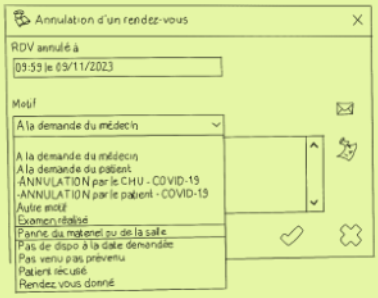
La première fois que je me retrouve face au dossier patient informatisé, ce logiciel nommé DxCare et conçu par la société Dedalus, je me retrouve figée. Je suis entourée d'assistantes médico-administratives en formation, qui ont pour beaucoup déjà manipulé des logiciels similaires. Certaines sont déjà en poste, elles naviguent donc déjà avec une fluidité certaine. En ce qui me concerne, je me suis faufilée dans cette formation avant d'entamer réellement ma « tournée des secrétariats ». Nous sommes le 10 septembre 2023, et je dois bien reconnaître que cette interface n'augure rien de bon quant à ma compréhension des enjeux que je m'apprête à étudier.



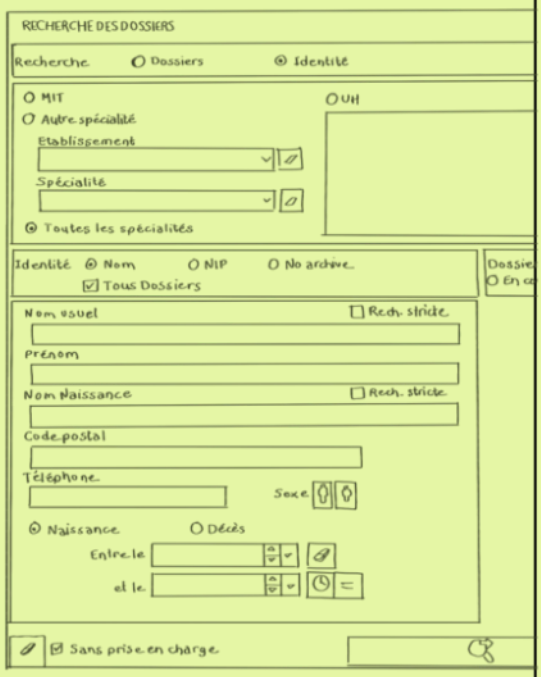
Ce logiciel aux tons bleutés se déplie à gauche sur la forme d'un menu sans fin (Suivi des correspondances, Transmissions, Recherche d'identités, Résultats d'examens, Codage des actes, etc.) et à droite sous la forme de grilles d'informations diverses (un questionnaire de sortie, une fiche d'identification, la visualisation d'une ordonnance ou d'un compte rendu, un tableau de métadonnées associées à un document scanné, etc.). En haut de l'écran, plusieurs lignes d'onglets se superposent et offrent des paramètres de personnalisation de l'espace logiciel ou des doublons d'accès à certaines fonctionnalités. Au moindre clic, des listes et des sous-menus sans fin se déroulent sous mes yeux, tandis que mon regard s'attarde sur un onglet mystérieux - la ligne de vie, un graphique maillé d'actions représentées par des pictogrammes -, dont on m'explique qu'il n'est utilisé par personne.







Non content de son interface intimidante, je comprends que DxCare possède de nombreuses tentacules : cette base de données centrale est reliée à d'autres logiciels complémentaires. Il s'agit notamment du logiciel de planification des rendez-vous, DxPlanning, mais aussi de déclinaisons logicielles adaptées à certains secteurs d'activité : DxImages, DxUrgences, DxLab, DxSOS. Sur DxPlanning, que je prends en main durant ma formation, la navigation est à la fois plus simple (car il y a moins de menus à première vue) mais les grilles de plannings, que j'observe vides ici, ainsi que les fenêtres pop-ups qui s'ouvrent dès que l'on veut programmer un rendez-vous annoncent une certaines complexité tout de même. C'est enfin une série de boutons à l'esthétique skeuomorphique qui m'interpelle : une icône « main » qui permet de suspendre des rendez-vous, l'icône « Loupe » qui permet de suivre les actions liés au dossier, consulter l'historique des séjours d'un patient avec l'icône « bâtiment » ou encore fusionner une identité provisoire avec un dossier principal avec l'icône « visage ». Ces icônes d'un autre temps s'insèrent parfaitement dans une interface aux menus grisâtres et corrobore ma première impression sur ce logiciel - partagé par de nombreuses secrétaires que je rencontrerai : pourquoi ce logiciel a-t-il l'air d'avoir été conçu il y a 20 ans ?



Le dossier patient informatisé (DPI) se présente comme un logiciel central dans la structuration des systèmes d'information hospitaliers (SIH), en « [centralisant] l'ensemble des données de santé des patients pris en charge au sein d'un établissement de santé[1] ». Ce logiciel n'a pas beaucoup attiré mon attention au début de mon enquête, bien qu'il soit affiché en permanence sur (presque) tous les écrans des secrétariats. Cette infrastructure à lui seul (voir chapitre 5), qui reste « normalement invisible quand elle fonctionne » (Star, 2018), n'est devenu visible que lorsque j'ai commencé à en constater les défaillances, les pannes, les bugs. Des défaillances que les secrétaires médicales appréhendent en première ligne, en s'appuyant sur des supports imprimés.

Ce chapitre explore ainsi les « déchirures » — situations où la continuité de la circulation de l'information est mise à l'épreuve – et les « plis » — moments où l'articulation entre papier et logiciel est stabilisée. Il s'agit de voir le Dossier Patient Informatisé (DPI) non plus comme une technologie de dématérialisation, mais comme un « logiciel de papier » – une image contre-intuitive qui pousse à questionner l'hybridité des systèmes d'information. Le fonctionnement de cette infrastructure est en partie pris en charge par les secrétaires médicales qui mettent en place un véritable « travail d'articulation » (Strauss, 1985 ; Strauss et Star, 1999) pour appréhender ces plis et déchirures.

La « paperasse » et le DPI

Ma compréhension des différents outils numériques du système d'information hospitalier du CHU de Montpellier a rapidement évolué lors de mon arrivée dans les premiers secrétariats. Si la formation que j'ai suivi avec d'autres secrétaires médicales portait principalement sur les logiciels, dont l'appréhension peut être complexe – je peux en témoigner –, la place du papier dans le travail des secrétaires médicales n'avait été évoquée que rapidement au détour de quelques anecdotes. Pourtant, la « paperasse » que j'y ai vu recouvrir les bureaux m'a interrogé, comme elle a interrogé le sociologue Jean-Marc Weller il y a quelques années (Weller, 2012) : si ce dernier interroge la manière dont des fonctionnaires dans le secteur agricole rangent leur bureau, j'interrogerai également cet ordre documentaire, en m'intéressant particulièrement à son hybridité matérielle.

La « paperasse » qui peut ainsi envahir certains secrétariats est communément associée à une pile désordonnée de documents, mais je l'associe ici à toute forme

[1] Cnil, « Données de santé : la CNIL rappelle les mesures de sécurité et de confidentialité pour l'accès au dossier patient informatisé (DPI) », 9 février 2024. URL : https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-la-cnil-rappelle-les-mesures-de-securite-et-de-confidentialite-pour-lacces-au

de production documentaire jugée superflue, qu'elle soit imprimée ou numérique. Cette expression sous-entend souvent qu'il serait possible de procéder de manière plus efficace, plus rapide, plus directe, notamment grâce à des outils numériques. Je montrerai ici que cette opposition entre papier et numérique est inefficace pour comprendre ce qui se joue dans un secrétariat médical.

Petite histoire de la « paperasse »

Le terme paperasse désigne, dans la langue française, un ensemble de documents administratifs jugés superflus. Issu du mot papier, il est formé par adjonction du suffixe péjoratif -asse, fréquemment utilisé pour connoter une valeur dépréciative (par exemple : fadasse). Le Trésor de la langue française informatisé (TLFi) le définit ainsi : « Ensemble de papiers jugés encombrants, inutiles ou ennuyeux ».

Le mot paperasse apparaît dès le XVIe siècle, sous la forme « paperas ». Au XVIIe siècle, le terme est devenu plus courant et prend une connotation fortement péjorative. On le retrouve chez Montaigne, qui évoque des « paperasses poudreuses[2] » renvoyant à des papiers empaquetés, mal rangés ou poussiéreux, ou bien chez Mme Du Deffand, en 1772, qui écrit dans une correspondance : « Nous sommes inondés de papiers et de paperasses[3] ».

Dans le monde anglo-saxon, deux expressions parallèles apparaissent : le terme « paperwork », plus neutre, désigne les formes de travail ayant trait à la production documentaire. Le terme de « Red tape », plus péjoratif, remonte au XVIe siècle, lorsque l'administration espagnole de Charles Quint utilisait des rubans rouges pour attacher les documents officiels prioritaires[4]. Cette pratique se diffuse ensuite dans l'administration britannique, où le ruban rouge devient un signe distinctif des dossiers juridiques et gouvernementaux. L'expression est attestée en anglais dès la seconde moitié du XVIIe siècle. La source la plus ancienne conservée remonte à 1736, dans un poème adressé à la reine Caroline, sous le règne de George II[5] . Le terme y est employé dans un registre satirique, associant le ruban rouge à une solennité administrative figée, déjà critiquée pour sa rigidité. Ainsi, ce qui relevait d'abord d'une simple technique d'archivage devient au XVIIIe et XIXe siècles une métaphore critique de l'inertie bureaucra-

[2] MONTAIGNE, Essais, III, IX, Éd. P. Villey et V.-L. Saulnier, p.953.

[3] Mme du Deffand, Lettres à Horace Walpole, t. II, 183, dans POUGENS.

[4] Online Etymology Dictionary, « Red Tape », 2025. URL : https://www.etymonline.com/word/red%20tape

[5] John Hervey, « Poetical Epistle to the Queen on her commanding Lord Hervey to write no more » (1848 [1736]), cité dans : Oxford English Dictionary.

tique. Les écrivains Thomas Carlyle[6] et Charles Dickens[7] y font référence pour dénoncer l'accumulation administrative paralysante. Le *red tape* incarne dès lors l'envers du gouvernement rationnel : là où la traçabilité devait assurer la transparence et l'efficacité, elle se retourne en excès, symbole d'une paperasserie entravant l'action.

La « paperasse » ne renvoie donc pas seulement à des supports matériels d'écriture ou de stockage, mais à une évaluation sociale et politique de la production documentaire : elle stigmatise le caractère envahissant des écritures administratives, tout en reconnaissant leur rôle incontournable dans le fonctionnement des institutions modernes.

Cette critique repose sur les travaux de Max Weber, qui identifie l'écrit comme l'un des fondements de la bureaucratie moderne. Chaque décision doit laisser une trace ; chaque action doit être consignée. Le bureau fonctionne comme une machine à enregistrer : « Les actes administratifs, les décisions et les règles sont formulés et consignés par écrit [...] La combinaison de documents écrits et d'un fonctionnement continu par des fonctionnaires constitue le « bureau » , qui est au centre de tous les types d'actions organisées modernes » (Weber, 1978[1921], 219). Loin d'être une anomalie, la paperasse apparaît chez Weber comme la condition normale de toute organisation rationnelle. Elle matérialise la prévisibilité, la permanence, l'objectivation impersonnelle. Michel Foucault, quant à lui, démontre que l'administration moderne produit un régime disciplinaire fondé sur la trace (Foucault, 1975). L'écrit n'est pas seulement une inscription de la mémoire : c'est un instrument de pouvoir. Il s'intéresse particulièrement à l'examen et à ses techniques documentaires qui « fait de chaque individu un "cas" », que l'on décrit, jauge, mesure, compare à d'autres afin de pouvoir le classer, le normaliser, et éventuellement l'exclure (Foucault, 1975, 193). Foucault souligne comme la description est devenu un instrument de domination :

> « Pendant longtemps l'individualité quelconque – celle d'en bas et de tout le monde – est demeurée au-dessous du seuil de description. Être regardé, observé, raconté dans le détail, suivi au jour le jour par une écriture ininterrompue était un privilège. La chronique d'un homme, le récit de sa vie, son historiographie rédigée au fil de son existence faisaient partie des rituels de sa puissance. Or les procédés disciplinaires retournent ce rapport, abaissent le seuil de l'individualité descriptible et font de cette description un moyen de contrôle et une méthode de domination. Non plus monument pour une mémoire future, mais document pour une utilisation éventuelle » (*ibid.*, 193)

[6] Carlyle, Thomas, Latter Day Pamphlets, 1850.

[7] Dickens, Charles, David Copperfield, 1850.

On observe le renversement décrit par Foucault dans les hôpitaux : chaque patient·e, peu importe son rang social, possède un dossier, où sa condition médicale y est précisément décrite. Ce type de dispositif d'inscription est aujourd'hui devenu indispensable au fonctionnement d'institutions comme l'hôpital. Bruno Latour insiste ainsi dans plusieurs de ses travaux sur la fabrique des sciences et du droit (Latour et Woolgar, 1987 ; Latour 2002), sur le rôle de ces dispositifs d'inscription – formulaires, procès-verbaux, tableaux, fiches – dans la production de faits, de normes et de consensus. Ces formes graphiques permettent de traduire la complexité du monde en éléments comparables et manipulables. La paperasse est une forme sophistiquée de médiation entre l'État, les institutions et les citoyen·nes. Elle permet de faire circuler des choses, de stabiliser des actions, et d'en produire une traçabilité :

> « Se moquer des gratte-papiers et des dossiers, c'est oublier que nous ne savons rigoureusement rien ou, du moins, rien avec rigueur, sans regarder nos fiches de paye, nos cartes, nos tickets, nos factures, nos règlements, nos livrets de famille... » (Latour, 1987, 94)

Ces différents travaux de référence sur l'étude des institutions peuvent être mis en perspective dans des contextes plus récents de la modernisation de l'État (Weller, 1999 ; Bezès, 2009), et notamment des politiques de numérisation de ses services (Alauzen, 2019). Anne Bellon, Eric Dagiral et Jean-Marc Weller rappellent ainsi, dans le cadre d'un numéro de la revue RESET, que « la numérisation des administrations [...] s'impose comme un des piliers de la modernisation de l'État » (Bellon *et al.*, 2024) reconduisant « la place cruciale des dispositifs techniques, scripturaux et classificatoires dans la construction des bureaucraties » (Bellon *et al.*, 2024).

Plus précisément encore, dans le secteur de la santé, cette modernisation est celle du système de tarification permise par des technologies de plus en plus fines de traçabilité de l'activité de soins (Juven, 2016). La « dématérialisation » des outils de gestion n'enlève ainsi rien à la paperasse qu'elle génère. Dans une société contemporaine marquée par des normes de plus en plus contraignantes de traçabilité, la paperasse n'a pas disparu, mais elle a changé de visage. Elle devient paperasse (de plus en plus) numérique, (de plus en plus) invisible, (de plus en plus) déléguée. Mais sa logique demeure : enregistrer, formaliser, prouver, archiver.

La paperasse à l'hôpital

À l'hôpital, la paperasse est vécue comme un « poids » à éliminer pour les équipes soignant·es. En témoigne une revue de presse récente : en 2018, un

article de la *Tribune de Genève* s'interroge : « Comment délivrer le médecin de la paperasse ? ». Des médecins y témoignent des évolutions du métier : « Le médecin n'est plus dans un tête-à-tête avec son patient. Il fait face à un système de soins qui doit être scrupuleusement documenté. Les contraintes administratives sont devenues gigantesques. Et libérer du temps pour le patient est désormais difficile[8] ». Le *Quotidien des médecins* parle quant à lui en 2018 de la paperasse comme d'un « poids que l'on peut alléger[9] ». En 2020, c'est le directeur de l'AP-HP, Martin Hirsch qui appelle, dans le *Journal du Dimanche*, à « mettre fin à la folie de la paperasse[10] ». Enfin, en 2022, c'est une cinquantaine de médecins béarnais·es qui envoie une lettre à Emmanuel Macron pour dénoncer l'omniprésence de la paperasse dans leur quotidien[11] :

> « On a à peu près 6 à 8 heures d'administratif à faire chaque semaine. On veut soigner les gens à la place »
>
> « Ce sont des ordonnances, des renouvellements de séances de kiné, des bons de transport, des arrêts de travail que les gens demandent et parfois ne récupèrent même pas. On nous demande sans arrêt des duplicatas de vaccination... c'est énormément de temps passé au détriment des patients »

Trois événements peuvent expliquer ce « ras-le-bol » en matière de travail administratif dans le domaine de la santé. D'abord, la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est la première loi qui consacre le droit du patient de prendre des décisions concernant sa santé et l'obligation des soignant·es de créer toutes les conditions pour éclairer ces décisions[12]. Cette loi, bien qu'elle soit considérée comme positive par les professionnel·les de santé, a profondément affecté la production documentaire dans les structures de santé.

---

[8] Davaris, Sophie, « Comment délivrer le médecin de la paperasse ? », *La Tribune de Genève*, 2 février 2018. URL : https://www.tdg.ch/comment-delivrer-le-medecin-de-la-paperasse-462789455370

[9] Camille Roux, « Paperasse, un poids qu'on peut alléger », *Le Quotidien des Médecins*, 7 décembre 2018. URL : https://www.lequotidiendumedecin.fr/paperasse-un-poids-quon-peut-alleger

[10] Journal du Dimanche, « Martin Hirsch, directeur de l'AP-HP, appelle à "mettre fin à la folie de la paperasse" », 28 juin 2020. URL : https://www.lejdd.fr/Societe/martin-hirsch-directeur-de-lap-hp-appelle-a-mettre-fin-a-la-folie-de-la-paperasse-3977733

[11] *France 3 Nouvelle Aquitaine*, « Trop de paperasse, pas assez de temps pour soigner, des patients agressifs. les médecins béarnais interpellent Emmanuel Macron » , 26 mai 2022. URL : https://france3-regions.franceinfo.fr/nouvelle-aquitaine/pyrenees-atlantiques/pau/trop-de-paperasse-pas-assez-de-temps-pour-soigner-des-patients-agressifs-les-medecins-bearnais-interpellent-emmanuel-macron-2549776.html

[12] La loi Kouchner stipule : « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen », URL : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo.JORFARTI000001262582&sa=D&source=docs&ust=1756889266502203&usg=AOvVaw0UEA3at0YC6o3dI06voHnk

Ensuite, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2007, a également, comme je l'ai déjà mentionné dans le chapitre 4, accru la production de documents et la charge de travail des équipes soignant·es, en particulier des médecins. Largement critiquée depuis par les professionnel·les de santé, la T2A a été largement associée à une production excessive d'écrits qui embolisent le temps de soin et dégradent la qualité de ces derniers, notamment de la relation patient·es-soignant·es. En 2017, les médecins Anne Gervais & André Grimaldi évoquent, dans un article de presse[13], les « conditions de travail dégradées » à cause notamment de l' « inflation de la paperasse administrative ».

En 2018, le rapport[14] d'une commission d'enquête portant sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire souligne la nécessité exprimée par les personnes interrogées d'une simplification administrative.

> « le temps médical disponible est de plus en plus amputé par l'alourdissement des tâches administratives de gestion, de secrétariat et de comptabilité. L'enquête menée par la DREES en 2011 a révélé que [...] "les généralistes déclarent avoir consacré en moyenne 4 heures aux tâches de gestion, secrétariat et comptabilité [...] ce qui représente 7 % de leur temps de travail hebdomadaire moyen", étant précisé que "44 % des généralistes assurent eux-mêmes leur secrétariat" et que "22 % des médecins tiennent eux-mêmes leur comptabilité" »

Finalement, la troisième transformation ayant affecté la production documentaire à l'hôpital est l'informatisation progressive des systèmes d'information qui, loin de « régler » le problème de la paperasse, l'a complexifié, comme le rappellent déjà Richard Harper et Abigail Sellen en 2003 : « l'introduction de nouvelles technologies ne permet pas de se débarrasser du papier ; soit elle l'augmente, soit elle modifie la façon dont il est utilisé » (Harper et Sellen, 2003, 13). Depuis cette date, les promesses techniques de dématérialisation ont continué de fleurir : la généralisation progressive de la reconnaissance vocale, des « progiciels » de gestion, de programmation, d'archivage de procédures, et bien sûr du dossier patient informatisé. C'est de cette troisième transformation qu'il est particulièrement question dans ce chapitre.

---

[13] Anne Gervais et André Grimaldi, « Faut-il changer le statut de l'hôpital public ? », *Le Monde Diplomatique*, 26 mars 2017. URL : https://www.monde-diplomatique.fr/carnet/2017-03-26-privatisation-hopital-public

[14] Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain, Tome I. URL : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cesoins/l15b1185-t1_rapport-enquete#

Un logiciel plein de promesses

Dans le cadre des politiques de modernisation du système de santé français, l'argument de la réduction de la paperasse et du meilleur emploi du temps des soignant·es est utilisé pour élaborer des programmes et plans de financement de nouvelles technologies de l'information : depuis quelques années, on parle du « virage du numérique en santé » pour désigner l'ensemble des dispositifs visant, entre autres, à se débarrasser du papier, afin de permettre une meilleure « coordination des soins[15] » au travers de systèmes d'information « interopérables [16]». Dans sa « Feuille de route du numérique en santé » lancée en 2019 et actualisée en 2023, la Délégation au Numérique en Santé (DNS) promeut ainsi un « bouquet de services numériques » qui doivent être « utiles dans l'exercice professionnel : accès à l'information, échange et partage de données et de bonnes pratiques, aide à la décision, etc[17] ». La DNS insiste sur l'idée que le numérique doit se mettre au service des patient·es et des professionnel·les et doit « les décharger de tâches répétitives et administratives, pour qu'ils puissent se concentrer, l'esprit plus léger, sur leur mission essentielle auprès des patients[18] ».

Certains services et outils ont été rendus emblématiques de ces politiques de dématérialisation de l'information hospitalière. C'est le cas du dossier patient informatisé. Ce type de logiciel dédié à la gestion numérique des dossiers des patient·es d'un établissement est un outil professionnel (logiciel-métier) qui n'est pas accessible aux patient·es elles et eux-même. Le DPI est un des premiers objets des politiques d'informatisation des systèmes d'informations des établissements de santé, notamment dans le cadre du programme « Hôpital Numérique », lancé en 2007 et reconduit en 2012, qui affiche l'ambition d'amener « l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information suffisant pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données[19] ». Au CHU de Montpellier, le dossier patient informatisé a été généralisé en 2012, avec la mise en place de la suite de logiciels DxCare, de l'éditeur Dedalus.

La mise en place du dossier patient informatisé est alors source de nombreux espoirs dans des établissements qui expriment leur ras-le-bol du travail admi-

---

[15] « Le Segur, chance pour les innovateurs », G_nius, 20 juin 2025. URL : https://gnius.esante.gouv.fr/fr/a-la-une/actualites/le-segur-chance-pour-les-innovateurs

[16] Agence du Numérique en Santé, « Qu'est-ce que l'interopérabilité ? », mis à jour le 3 septembre 2025. URL : https://esante.gouv.fr/faq/quest-ce-que-linteroperabilite-0

[17] DNS, Feuille de route du Numérique en Santé, 2019-2022.

[18] DNS, Feuille de route du Numérique en Santé, 2023-2027.

[19] Programme Hôpital Numérique, octobre 2012, p. 3.

nistratif. Par exemple, dans le centre hospitalier de Montlucon, un médecin estime que : « si on peut passer moins de temps dans la paperasse, ce sera du temps en plus pour accueillir le patient[20] ». En 2014, à Paris, le groupe hospitalier Saint Joseph avait espéré créer des « espaces zéro papier » grâce à la mise en place du dossier patient informatisé DxCare. Selon le directeur des systèmes d'information, l'intérêt était d'abord économique car près de 14 millions de pages étaient imprimées et photocopiées chaque année par l'hôpital. L'article décrit ainsi ce nouvel écosystème informatique :

> « Au cœur de cette démarche, les professionnels de santé en sont les premiers acteurs. Ainsi, les médecins pourront saisir leurs observations et suivis médicaux dans le logiciel DxCare®. Des formulaires spécialisés leur seront proposés en fonction de leur domaine de compétence. Les ordinateurs seront équipés d'un scanner pour enregistrer les documents du patient et d'une reconnaissance vocale permettant au praticien de dicter son ordonnance. Il pourra également transférer, via la messagerie sécurisée, la lettre de consultation et le compte-rendu au médecin traitant ou au médecin correspondant. Un mode de communication qui réduit les délais de partage de l'information et le temps de latence entre l'information produite et l'information diffusable[21] »

Néanmoins, le papier ne disparaît pas très longtemps car « le paradoxe de cette démarche, c'est qu'en supprimant le papier dans ces services, il a fallu tout de même équiper chaque cabinet en imprimante car le patient, lui, doit repartir avec sa lettre de consultation et son ordonnance[22] ».

Le DPI est ainsi conçu comme l'instrument technique par excellence d'un « virage numérique » visant à sortir l'hôpital de ses procédures papier, décrites comme archaïques et coûteuses. Les discours vantant les mérites du DPI opposent le « vieux » monde du papier au « nouveau » monde numérique. Les armoires, les pochettes, les registres ou les classeurs deviennent les repoussoirs d'une modernité hospitalière, tandis que l'écran incarne rationalisation et efficacité. La promesse d'un hôpital sans papier, relayée à la fois par les institutions, la presse spécialisée et les industriels, fonctionne comme un moteur symbolique puissant du « virage numérique ». Que cette promesse soit tenue ou non importe

---

[20] « Les personnels de Montluçon se sont mis au Dossier patient informatisé le 25 juin dernier », DSIH, 25 juin 2012. URL : https://dsih.fr/articles/298/les-personnels-de-montlucon-se-sont-mis-au-dossier-patient-informatise-le-25-juin-dernier

[21] « Le choix du "zéro papier" », Espace infirmier, 15 août 2014. URL : https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/140814-le-choix-du-zero-papier.html

[22] *Ibid.*

moins, à ce stade, que son rôle de justification des politiques publiques et d'accélération des investissements[23].

Ce à quoi la paperasse tient

Je voudrais ainsi montrer que la « paperasse » ne disparaît pas par magie derrière un logiciel, aussi performant soit-il. Comme je l'ai déjà mentionné, ce que l'on nomme paperasse ne désigne pas seulement un état matériel de l'information mais la raison même de son existence. Si la paperasse renvoie à une forme d'inefficacité des procédures administratives, le papier n'est pas nécessairement son seul médium. Les supports papiers comme numériques peuvent constituer des formes de paperasse, en témoigne le vécu de celles et ceux qui utilisent désormais le terme de « taperasse[24] » pour désigner les pratiques numériques de la paperasse. La définition de la paperasse est donc à trouver ailleurs, dans sa dimension fonctionnelle plutôt que matérielle : à l'hôpital, si les tenants d'un management de la rentabilité tendent à considérer toute forme d'écrit non normalisé comme une forme de paperasse (les pense-bête, les post-it, les notes libres, etc.), les équipes soignantes considèrent quant à elles que toute forme d'écrit qui n'est pas directement utile à la prise en charge des patient·es relève d'une forme de paperasse.

Enfin, il est intéressant de noter que la notion de « paperasse » n'est presque jamais mentionnée telle quelle par les secrétaires médicales, contrairement aux soignant·es, qui ne se privent pas de ce terme. Ce chapitre interroge ainsi en creux cette dimension, largement subjective, du « superflu » associé à la paperasse. Je pose ici l'hypothèse que si cette notion n'est jamais utilisée par les secrétaires médicales, c'est parce que leur travail repose sur une hybridité de l'information que l'on peut qualifier de paperasse ou bien d'une certaine richesse matérielle de l'information. Elles comprennent à la fois pourquoi cette hybridité existe, mais aussi pourquoi elle peut être qualifiée de superflue.

---

[23] Entre 2021 et 2025, le Ségur numérique a annoncé que 2 milliards d'euros d'investissements seront consacrés au numérique en santé : 1,4 milliards pour le partage de données sur 3 ans, auxquels s'ajoutent 600 millions d'euros dédiés au secteur médico-social sur 5 ans. Ces investissements visent à « généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé et usagers » avec pour objectif le passage de 10 millions à 250 millions de documents médicaux échangés d'ici 2023, pour mieux prévenir et mieux soigner ». Site web du ministère de la Santé, page dédiée au Programme SUN-ES du Ségur Numérique. URL : https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/numerique-en-sante/sun-es

[24] « La taperasse mine la santé », Santé polémique, France Inter, 27 novembre 2018. URl : https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/sante-polemique/la-taperasse-mine-la-sante-6177041

Un logiciel de papier

Qu'est-ce qu'un logiciel ?

Les espoirs déçus de la mise à l'épreuve des dossiers patient·es informatisés reposent sur la mécompréhension de ce qu'est et de ce que peut un tel logiciel. Autrement dit, une partie des tensions observées autour du DPI provient du fait qu'il est pensé comme une solution technique, alors qu'il est, dans les usages, une nouvelle forme de paperasse – non plus seulement imprimée, mais aussi numérique. En ce sens, le logiciel s'inscrit dans la continuité d'un long processus de rationalisation documentaire, où la multiplication des traces écrites, loin de disparaître, se reconfigure sous d'autres formes.

Un logiciel est un objet qui s'inscrit dans de multiples formes matérielles et pratiques sociales. Lorsque le terme software fut pour la première fois formulé par John W. Tukey en 1958, il désignait un ensemble d'instructions mathématiques et logiques nécessaires au fonctionnement des calculateurs électroniques : « Aujourd'hui, les "logiciels" comprenant les routines d'interprétation soigneusement planifiées, les compilateurs et d'autres aspects de la programmation automatique sont au moins aussi importants pour les calculatrices électroniques modernes que leur "matériel" composé de tubes, de transistors, de fils, de bandes et autres composants similaires. » (John W. Tukey, dans : Fuller, 2008, 2). Cette définition historique souligne que le logiciel ne se réduit pas à une abstraction : il est intimement lié à l'architecture matérielle qu'il fait fonctionner.

Ce rappel est essentiel pour comprendre les malentendus contemporains autour des logiciels hospitaliers : ces derniers ne sont pas seulement des dispositifs logiques ou algorithmiques, mais des objets ancrés dans des environnements matériels et organisationnels. Comme le souligne Matthew Fuller, l'un des enjeux majeurs « à surmonter est la prétendue "immatérialité" des logiciels » (Fuller, 2008, 4). Le logiciel est ainsi matériel à plusieurs échelles : il s'exprime dans des langages, des interfaces, des modèles d'usage et des interactions avec des supports physiques. C'est précisément dans cette matérialité que se loge la nouvelle forme de paperasse numérique, faite de clics, de menus déroulants, de champs obligatoires, de mots de passe et de fenêtres d'erreur. Il n'est pas non plus l'apanage des seul·es informaticien·nes : il mobilise des langages divers, au-delà de la syntaxe informatique, incluant des codes visuels, linguistiques, et culturels. C'est « la capacité à mélanger le formel et le plus désordonné – les formalismes non mathématiques, les objets et codes linguistiques et visuels, les événements se produisant à toutes les échelles [...] – qui confère au calcul ses effets puissants » (Fuller, 2008, 20). Le logiciel est autant une culture qu'une technique : il façonne et est façonné par les usages humains.

C'est donc parce que les logiciels hospitaliers sont perçus comme des instruments neutres et désincarnés, sur lesquels les usager·ères ont peu de prise, qu'ils produisent des malentendus. Ils sont en réalité des prolongements matériels de la paperasse : l'accumulation des traces et des documents est transposée dans des écrans et des bases de données, où elle se manifeste par la prolifération de champs à remplir, de validations successives et de couches procédurales qui n'ont rien perdu de leur pesanteur. Plus encore, ces logiciels se nourrissent de données aux matérialités disparates et qui sont en grande partie saisies manuellement sur leurs interfaces : peu de données sont automatiquement téléversées. Les nouveaux dossiers sont créés à la main, les documents numérisés à la main, les annuaires de contacts mis à jour à la main, etc.

Qu'est-ce que le travail d'articulation ?

Pour comprendre comment fonctionne ce que j'ai qualifié de « logiciel de papier » dans le titre de ce chapitre, il est nécessaire de s'arrêter sur la notion de travail d'articulation. Définir ce travail est une étape préalable pour saisir en quoi les logiciels ne remplacent pas la paperasse, mais la déplacent et la transforment.

Pour le sociologue Anselm Strauss, le « travail d'articulation » désigne une forme de « supra-travail » indispensable dans toute division du travail. Il consiste à faire tenir ensemble plusieurs niveaux d'organisation : d'abord l'agencement des nombreuses tâches et sous-tâches qui composent l'activité ; ensuite la coordination des efforts entre individus, équipes ou services ; enfin, l'ajustement entre ces acteur·ices et différentes formes de travail et les tâches qui y correspondent (Strauss *et al.*, 1985, 8). Transposé aux activités de soin, le travail d'articulation permet de souligner que le soin ne tient pas seulement à l'application de gestes techniques ou la mise en œuvre de prescriptions médicales : il repose aussi sur un ensemble d'opérations qui permettent de relier entre elles des tâches hétérogènes, distribuées entre différent·es acteur·ices et supports matériels, pour les faire tenir ensemble. Cette réflexion sur le travail d'articulation a trouvé un prolongement dans le champ du *Computer Supported Cooperative Work* (CSCW). Dès les années 1990, Kjeld Schmidt et Liam Bannon ont montré que les systèmes collaboratifs devaient être conçus non pas pour éliminer ce travail, mais pour le soutenir explicitement. Ils définissent ainsi l'articulation comme une forme de travail nécessaire pour gérer les interdépendances entre différentes tâches et acteur·ices (Schmidt & Bannon, 1992, 12). En d'autres termes, loin d'être un résidu ou une anomalie, l'articulation est constitutive de toute organisation complexe : elle en est le ciment invisible. Dans le champs des études infirmières (*nursing studies*), Davina Allen a notamment décrit un « in-

avouable » brouillage de la division du travail entre médecins et infirmier·ères : « Les infirmières ont effectué le travail des médecins afin d'assurer la continuité des soins prodigués aux patients. [...] Elles ont également estompé de manière informelle la frontière entre les infirmières et les médecins afin d'assurer la coordination du travail » (Allen, 1997, 511). Le caractère inavouable de ce travail d'articulation, qui questionne la responsabilité des médecins et les risques encourus par les infirmier·ères, crée une invisibilisation volontaire de ces pratiques, qui restent à la discrétion des profesionnel·les. Susan Leigh Star et Anselm Strauss ont à ce sujet souligné combien cette activité restait invisibilisée par les cadres institutionnels et rappellent que le travail d'articulation échappe par définition aux grilles officielles : parce qu'il consiste à ajuster, recoller, compenser ou réparer, il ne se voit pas, et tend à être naturalisé comme allant de soi (Star & Strauss, 1999). C'est pourtant lui qui permet de faire tenir ensemble des organisations où la circulation de l'information dépend moins de la solidité d'un logiciel que de la multitude d'opérations discrètes qui viennent combler ses failles. Plus récemment, c'est la sociologue Françoise Acker qui a étudié la manière dont les pratiques infirmières « sortent de l'invisibilité » (Acker, 2020), grâce ou à cause de, nouveaux dispositifs d'écriture, notamment informatisés. La richesse de ces travaux sur les pratiques infirmier·ères n'a que peu été transposée aux pratiques des secrétaires médicales, bien que ces deux métiers aient de nombreux points communs (les rapports de domination genrés vie-à-vie du corps médical, l'invisibilité du travail de *care* qu'elles mènent, et, bien sûr le travail d'articulation dont ils et elles s'acquittent) et connaissent aujourd'hui des formes de porosité (par exemple, les infirmier·ères de programmation sont parfois relayées dans leurs tâches par des secrétaires médicales).

Articuler papier et numérique : vers la notion de « logiciel de papier »

L'introduction du numérique dans les organisations de santé n'a pas effacé le papier, tout le monde s'accorde à le dire. Au contraire, les deux coexistent et s'articulent dans le quotidien des hôpitaux. De nombreux travaux en sciences sociales ont montré que l'opposition entre écritures papier et dispositifs numériques est largement illusoire. Michèle Grosjean et Michèle Lacoste parlaient déjà des « illusions du "tout écrit" », qui assemblent « illusion de vérité et d'objectivité, de certitude, d'usage et d'efficience, de complétude, de transparence et de neutralité » (Grosjean & Lacoste, 1998, 439). Le numérique n'a pas mis fin au papier, encore moins aux écrits ; il en a transformé les usages, la matérialité et la fonction dans la coordination du travail.

Dans cette perspective, Béatrice Fraenkel propose de distinguer les « écrits prescriptifs » des « écrits d'action », c'est-à-dire ces écrits qui ne se contentent pas de

consigner ou d'ordonner mais qui participent directement à la réalisation du travail (Fraenkel, 2001, 135). Les « pense-bêtes » (Mayère *et al.* 2012), les post-it ou les tableaux de service fonctionnent comme des écrits d'action : ils accompagnent l'activité et la rendent possible, au lieu de simplement l'encadrer. Néanmoins, il ne faut pas faire de raccourcis : les écrits d'action ne sont pas nécessairement faits de papier, ils peuvent prendre des formes numériques. Un tableur ou un document Word vierge peuvent produire des écrits d'action, tandis que des documents imprimés peuvent constituer des écrits prescriptifs (plannings, règlements intérieurs, etc.)

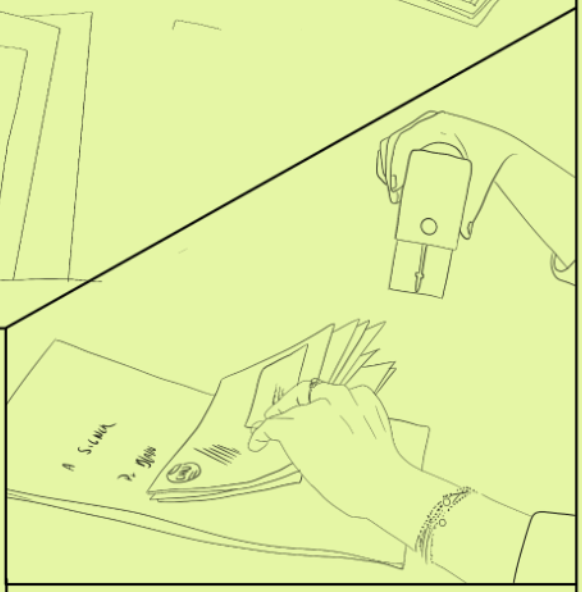
Ces observations conduisent à déplacer la question du numérique vers celle de l'articulation. Dans les établissements de santé, ce travail d'articulation est largement pris en charge par les secrétaires médicales. Comme le montrent Manon Plegat et Myriam Lewkowicz, « les secrétaires accomplissent de nombreuses tâches nécessaires à la coordination des différents acteurs sociaux impliqués dans les soins aux patient·es » (Plegat et Lewkowicz, 2025, 21). Leur rôle consiste à faire tenir ensemble des flux hétérogènes : prescriptions manuscrites, résultats d'analyses reçus par fax ou courriel, notifications du système d'information certifié, courriers papier, appels téléphoniques. Claus Bossen et ses collègues décrivent aussi ce rôle en termes de « record caretakers », par opposition aux médecins et infirmier·ères considéré·es comme « patient caretakers » (Bossen *et al.*, 2012, 923). Le soin aux dossiers – dans leurs versions imprimées ou numériques – devient la spécialité de ce groupe professionnel, qui veille à leur cohérence et à leur circulation. Même dans les environnements où l'informatisation est poussée, les secrétaires continuent de s'appuyer sur ces supports pour « faire tourner » le système. Comme le dit une secrétaire dans l'étude de Plegat et Lewkowicz : « Classer 47 documents ? Ce n'est rien ! Vous n'avez pas encore vu ce que nous recevons par courrier ! » (Plegat & Lewkowicz, 2025, 20).

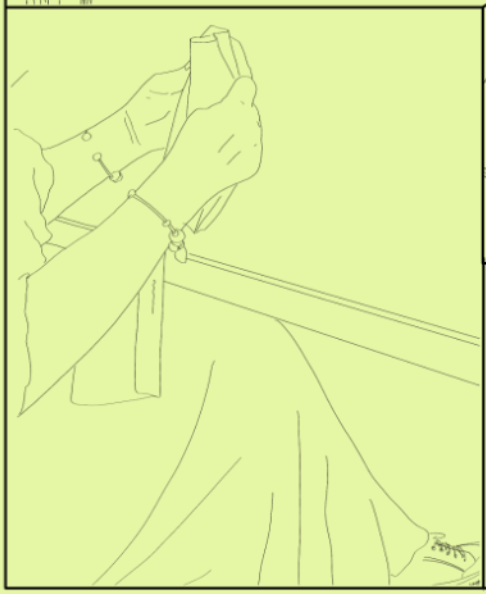
Derrière l'opposition entre papier et numérique, il faut donc voir une continuité : les deux supports se combinent pour soutenir l'action. Un « logiciel de papier » n'est pas un vestige archaïque, mais une composante vivante des infrastructures informationnelles. Il rend possible l'articulation de pratiques multiples et la stabilité d'un travail collectif toujours menacé de dispersion.

Ainsi, parler de « logiciel de papier » revient à reconnaître que la continuité du travail hospitalier ne tient ni au seul DPI ni aux seuls documents imprimés, mais à l'entrelacement des deux. Le papier ne s'oppose pas au logiciel : il en constitue la condition d'usage, le prolongement matériel. Dans cet assemblage hybride, les secrétaires médicales occupent une position nodale : elles font tenir ensemble des régimes d'écriture hétérogènes, raccordent des temporalités disjointes et assurent la persistance des données à travers des supports fragiles et discontinus. Un « logiciel de papier » désigne ainsi cette infrastructure composite où s'in-

La panne et le retour du courrier dans le secrétariat

Si les secrétaires médicales du service d'imagerie ne voient plus jamais passer de compte-rendus d'examens dans leurs bureaux, elles sont d'autant plus surprises lorsque le service central de gestion des courriers est hors-service pendant plusieurs jours à cause d'une mise à jour logicielle. Nathalie* est informée en premier, en tant que référente des secrétaires de son service.
La panne ayant commencé la veille, elle doit très rapidement monter un plan d'attaque pour que les courriers partent tout de même. Toutes les secrétaires sont donc mobilisées pour retrouver les courriers non envoyés, les imprimer, les mettre sous pli et les déposer dans les bannettes dédiées au courrier postal.





Le dossier patient informatisé n'étant pas conçu pour retracer les courriers qui ont été envoyés et ceux qui ne l'ont pas été, les secrétaires doivent chercher au compte goutte ces fameux courriers. Qui plus est, l'impression est très longue et bloque tout l'ordinateur. Nathalie* recommande donc aux secrétaires de lancer une grosse impression pendant la pause déjeuner. Cette semaine-là, je vois donc les bannettes se remplir d'enveloppes, et des secrétaires, qui n'ont pas perdu la main, plier en accordéon les documents imprimés et les glisser à toute vitesse dans les enveloppes.

vente, jour après jour, la compatibilité pratique entre différentes informations. En suivant les « déchirures » et les « plis » qui parcourent cet assemblage, on peut saisir comment les secrétaires tissent la continuité du soin à travers des opérations d'articulation.

Déchirures : contourner les logiciels

Je commencerai par définir la notion de « déchirure » : elle signale une rupture dans la continuité de l'information. Elle désigne ces moments de défaillance ou d'imprévu où l'infrastructure numérique cesse de garantir la circulation fluide et fiable de l'information. Ces situations correspondent à ce que Susan Leigh Star et Karen Ruhleder (1996) appellent des *breakdowns* : des moments où l'infrastructure « cesse d'être invisible » et où ses couches matérielles, organisationnelles et relationnelles remontent brutalement à la surface. Paul Dourish (2017) rappelle à ce titre que l'information numérique n'est jamais pure abstraction : elle repose sur une matérialité distribuée et fragile – réseaux, délais, routines, dépendances – que la déchirure expose en creux. Elle demande alors un travail d'articulation mobilisé (voire improvisé) en urgence par les professionnel·les pour recoller les morceaux. Ces déchirures, propres à toutes les infrastructures, sont intéressantes à observer du point de vue des secrétaires médicales, qui ont intégré la prise en charge de ces déchirures : articuler, coordonner, faire en sorte que tout se passe bien fait partie intégrante de leurs missions. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles sont partagées quant à la disparition de celles et ceux qu'elles nomment des « dinosaures » (ces médecins qui refusent de s'adapter aux nouvelles technologies) : elles ont conscience que leur travail repose en partie sur cet écart entre pratiques et outils.

Les « rejets éditiques » : la communication ne passe plus

Les modèles de courriers produits par les secrétaires doivent respecter des règles de mise en page très strictes, afin de permettre leur traitement automatique. Alors qu'auparavant les secrétaires imprimaient, mettaient sous pli et déposaient elles-mêmes les courriers dans des bannettes dédiées, cette tâche a été centralisée : un service technique reçoit désormais les demandes numériques et effectue la mise sous pli automatisée. Pour que le processus fonctionne, les adresses doivent respecter des critères précis : police Verdana, corps 7, et au moins cinq sauts de ligne. Lorsqu'un courrier ne répond pas à ces exigences, le système génère un rejet éditique : la secrétaire est informée que le courrier n'a pas pu être envoyé. Sa hiérarchie reçoit également la notification, ce qui permet

de repérer les erreurs récurrentes et de proposer des formations ou des avertissements ciblés. La survenue d'un rejet éditique entraîne une série de corrections : la secrétaire doit identifier l'erreur, reformater le courrier et le renvoyer. Ces ajustements mobilisent à la fois des compétences techniques et des compétences relationnelles, notamment lorsque l'erreur ne vient pas de la secrétaire mais d'un·e médecin qui préfère utiliser ses propres codes ortho-typographiques.

Le rejet éditique incarne donc une déchirure, c'est-à-dire une rupture dans la circulation de l'information qui impose aux secrétaires de produire des contournements ou des corrections. Ces déchirures sont relativement imprévisibles, car elles reposent sur des erreurs humaines qui se retrouvent bloquées par le filet du contrôle logiciel.

Ce qui déborde des écrans : une culture du pense-bête pour coordonner les soins dans l'action

La promesse du « zéro papier » rencontre dans beaucoup d'hôpitaux la persistance de « pense-bêtes » (Mayère *et al.*, 2012). Ces supports, fiches, carnets ou tableaux manuscrits, incarnent « ce qui déborde des écrans » : des écrits qui échappent à la normalisation numérique mais demeurent essentiels pour organiser l'action collective.

Les chercheuses en sciences de l'information et de la communication Anne Mayère, Isabelle Bazet et Angélique Roux soutiennent que ces écrits de débordement ne sont pas voués à disparaître avec la modernisation des outils. Ils répondent au contraire à une nécessité fonctionnelle. Les professionnel·les continuent de s'y appuyer parce qu'ils offrent une souplesse, une rapidité et une adaptabilité que les interfaces numériques ne permettent pas. Dans le quotidien des soins, où l'imprévu est la règle, ces pense-bêtes facilitent la gestion de l'incertitude, la répartition des tâches et la continuité du travail entre différentes personnes. Ils révèlent par contraste la difficulté du DPI à intégrer les temporalités fines du travail de soin.

Les secrétariats hospitaliers ne sont pas étrangers à cette culture du pense-bête. Mes observations montrent que les secrétaires recourent elles aussi à des supports parallèles pour compenser les limites de certains logiciels. Les post-it sont ainsi omniprésents pour gérer des tâches urgentes, où qu'elles pourraient oublier, faute de support pour leur rappeler. Des tableurs que l'on pourrait qualifier de « sauvages », élaborés en dehors du cadre institutionnel, servent à suivre des flux d'information que le DPI n'autorise pas à visualiser. Enfin, l'impression de plannings en parallèle de leur pendant numérique demeure une pratique récurrente : les secrétaires les affichent à côté des interfaces de programmation pour

pouvoir les annoter, les partager et les manipuler collectivement. Ces pratiques prolongent celles observées chez les soignant·es (Mayère *et al.*, 2012) et traduisent la même exigence : disposer d'outils souples, ajustés à la complexité des situations.

En ce sens, ce qui « déborde des écrans » témoigne d'une forme de déchirure. Là où le logiciel prétend concentrer et stabiliser l'ensemble de l'information, il laisse en réalité un vide, que les professionnel·les comblent par d'autres supports. Les pense-bêtes ne constituent pas un à-côté anecdotique : ils sont constitutifs du travail réel, et leur persistance met en lumière l'écart entre l'idéal du « zéro papier » et les nécessités concrètes de l'action quotidienne.

De la déchirure au pli

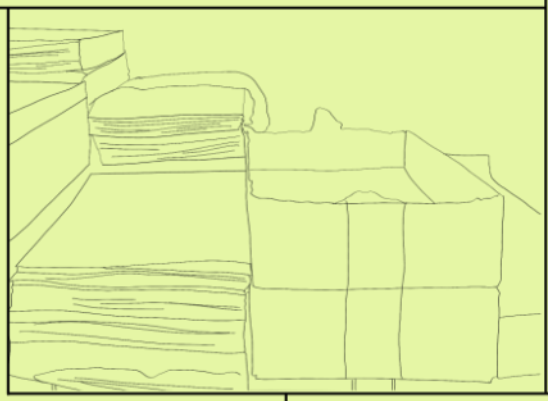
Toutes les déchirures ne demeurent pas des ruptures persistantes dans l'organisation. Les secrétaires médicales développent des formes de réparation et d'anticipation qui, avec le temps, transforment les solutions improvisées en routines stabilisées. Autrement dit, leur travail d'articulation permet de passer de la déchirure au pli : ce qui apparaissait d'abord comme un bricolage ponctuel devient une pratique incorporée, reconnue comme nécessaire et intégrée à la routine quotidienne.

Lorsqu'un outil se révèle inadapté ou lorsqu'une panne interrompt la circulation de l'information, les secrétaires mettent en place des combinaisons de supports, de procédures et de gestes qui assurent la continuité du travail. Ces opérations ne suppriment pas la déchirure, mais elles en réduisent les effets, en rétablissant une circulation minimale de l'information. Leur rôle est donc de dompter l'imprévu, de stabiliser l'action malgré les limites du numérique. Dans le temps, ces solutions sont parfois routinisées, faute de mieux, bien qu'elles ne soient pas toujours satisfaisantes.

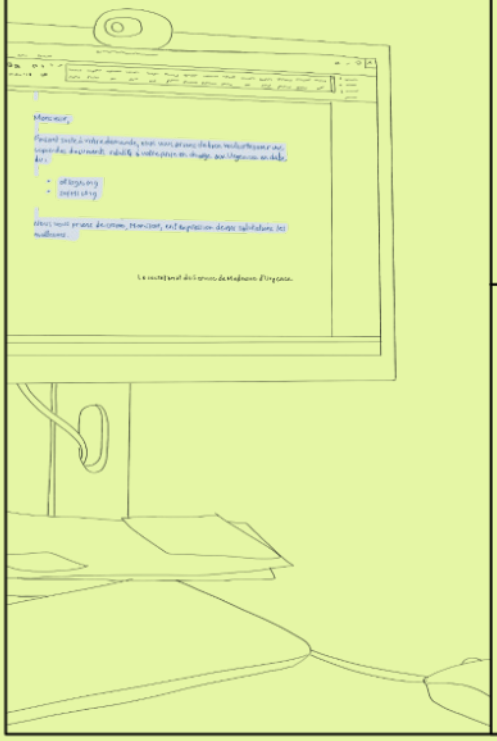
L'exemple des demandes d'examens en imagerie médicale illustre bien ce processus. Les secrétaires de ce type de services hospitaliers manipulent quotidiennement des dizaines de formulaires imprimés que les médecins doivent remplir et signer pour prescrire un examen. À première vue, on pourrait s'étonner que ce processus reste si largement fondé sur le papier, alors que le DPI propose une option de « demandes connectées » permettant une transmission numérique directe. Nathalie*, secrétaire médicale, m'explique que cette option existe bien, mais qu'elle est très peu utilisée. Son usage se limite aux urgences et aux patient·es déjà hospitalisés. Dans la pratique, la majorité des médecins préfèrent continuer à signer des liasses de documents imprimés. Sur l'écran, le processus est jugé fastidieux : il faut cocher de nombreuses cases, naviguer entre plusieurs

Des *normes documentaires liquides*

L'UMIPPP est un service qui n'est pas soumis à des normes documentaires très explicites. Si le papier à en-tête est d'usage pour les compte-rendus médicaux ou les ordonnances, de nombreux échanges d'informations passent par des documents artisanaux, bricolés par la secrétaire du service, Isabelle*.



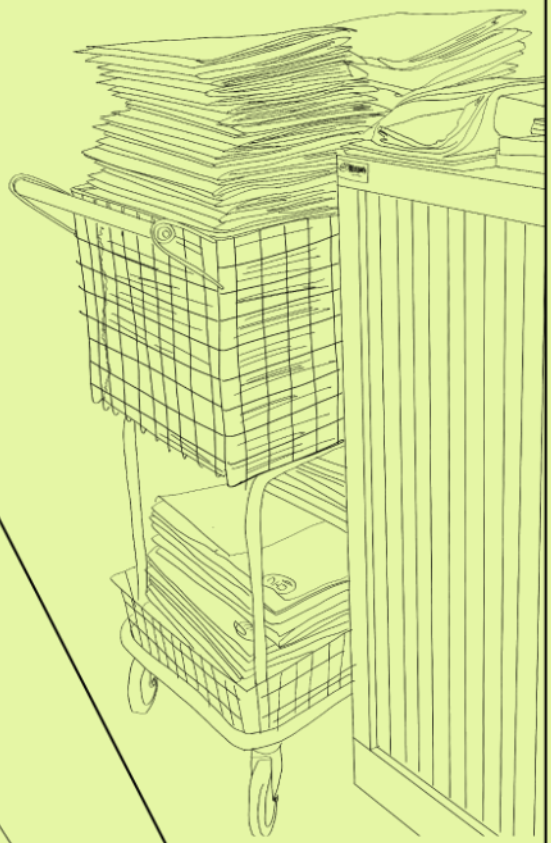
L'usage du papier à en-tête en premier est rendu difficile sans la mise à disposition d'une imprimante couleur. Isabelle* a donc trouvé une technique : elle pré-commande des cartons de papier à en-tête à la reprographie centrale de l'hôpital et imprime ses documents en noir et blanc sur ces modèles déjà colorés. Cette organisation rend la mise-à-jour du papier à en-tête peu flexible : lorsqu'il reste un carton entier de papier pré-imprimé, on ne va pas le jeter dès qu'il y a un changement dans l'organigramme du service. Il peut ainsi s'écouler des semaines avant que le papier à en-tête soit mis à jour.



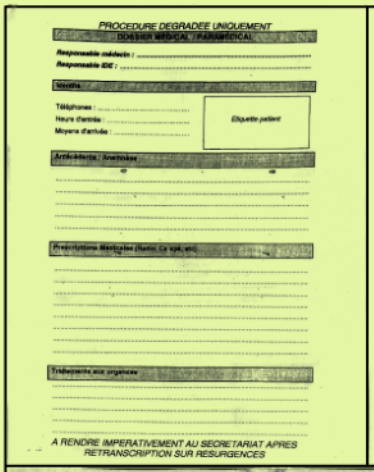
Isabelle* utilise beaucoup le logiciel de traitement de texte Word pour créer des notes et des tableaux divers, qui ne suivent pas de logique préétablie dans le service, mais qui répondent aux besoins d'Isabelle* à un instant donné. Ces documents n'ont pas vocation à être conservés, Isabelle* ne les conçoit donc pas selon une charte graphique particulière mais selon ses besoins et le temps dont elle dispose. Par exemple, pour rattraper le retard d'une semaine d'absence, elle crée un tableau de suivi pour reprogrammer un grand nombre de consultations. Ce tableau est disposé sur le bureau, à côté de l'agenda de la psychiatre, qui, lorsqu'elle passe ce jour-là, à plusieurs reprises, peut constater l'avancement des re-programmations et éventuellement apporter des modifications en cours de route, et mettre à jour son agenda.

La résistance du papier : les procédures dégradées aux urgences

D'abord apparue dans le champ militaire, le terme « dégradé » désigne une situation où un organisation doit fonctionner sans ses ressources habituelles (humaines et matérielles). On parle souvent de procédures dégradées à l'hôpital, dans certains services plus que d'autres. Ces procédures concernent l'organisation spatiale de l'hôpital, la prise en charge de patient·es mais aussi le système d'information. La Direction Générale de l'Offre de Soins met à disposition en 2012, dans le cadre du programme « hôpital numérique », une fiche de « Bonnes pratiques d'élaboration des procédures de fonctionnement en mode dégradé / de retour à la normale du système d'information » qui stipule que « chaque service ou entité qui utilise des applications logicielles "métier" critiques doit pouvoir continuer à travailler en l'absence de ces applications. »



Aux urgences, les procédures dégradées sont utilisées régulièrement pour une raison simple : le service est en activité 24h/24, contrairement à la plupart des services hospitaliers. Hors, les mises à jour informatiques et réparations techniques sont souvent effectuées la nuit, quand elles n'affectent pas l'ensemble de l'activité de l'hôpital. Lorsque ces événements surviennent, les urgences doivent adopter une procédure dégradée de gestion de l'information, c'est-à-dire l'utilisation du papier.



PROCEDURE DEGRADEE UNIQUEMENT

DOSSIER MEDICAL / PARAMEDICAL

Responsable médecin : .....

Responsable IDE : .....

Identité :

Téléphone : .....

Heure d'arrivée : .....

Moyens d'arrivée : .....

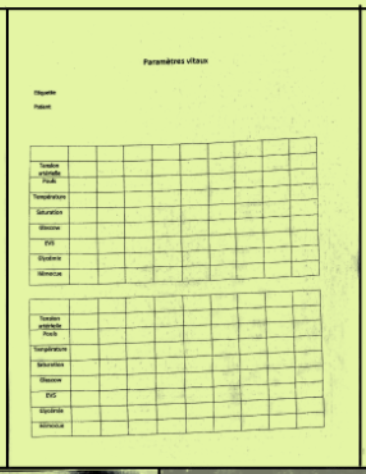
Etiquette patient

Antécédents / Anamnèse

Prescriptions Médicales (Nom, Cs, type, etc)

Traitements aux urgences

A RENDRE IMPERATIVEMENT AU SECRETARIAT APRES RETRANSCRIPTION SUR RESURGENCES



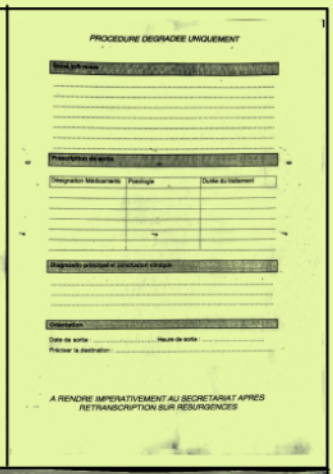
Paramètres vitaux

Etiquette

Patient

Tension artérielle Pouls										
Température										
Saturation										
Glycémie										
EVS										
Glycémie										
Hématocrit										

Tension artérielle Pouls										
Température										
Saturation										
Glycémie										
EVS										
Glycémie										
Hématocrit										



PROCEDURE DEGRADEE UNIQUEMENT

Bilan biologique

Prescription de sortie

Désignation Médicaments	Posologie	Durée du traitement

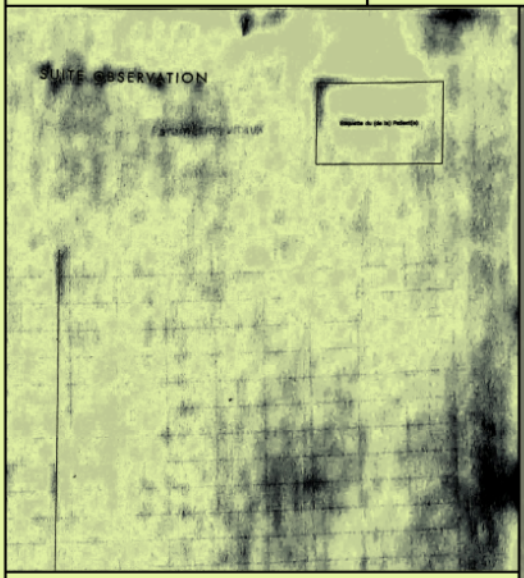
Diagnostic principal et complexité clinique

Orientation

Date de sortie : ..... Heure de sortie : .....

Préciser la destination : .....

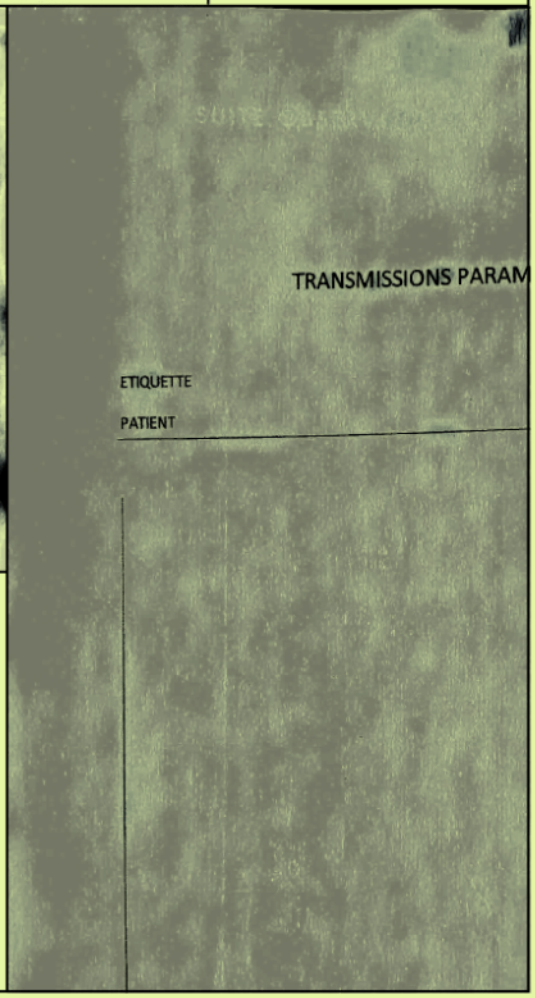
A RENDRE IMPERATIVEMENT AU SECRETARIAT APRES RETRANSCRIPTION SUR RESURGENCES



SUITE OBSERVATION

Paramètres vitaux

Etiquette du (de la) Patient(e)



TRANSMISSIONS PARAM

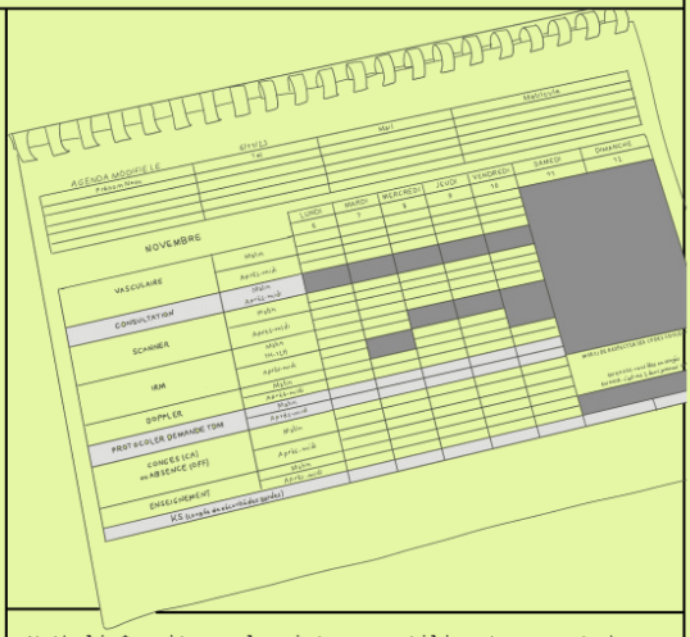
ETIQUETTE

PATIENT

Les équipes de soins ont donc accès à un kit de formulaires prêts à être imprimés. Il s'agit par exemple d'un « dossier médical / paramédical » comprenant l'identité du patient, du médecin responsable, et de l'infirmier·ère responsable, des antécédants et anamnèse, des prescriptions médicales et des traitements faits aux urgences. Ces documents, lorsqu'ils sont utilisés, sont rassemblés au secrétariat après leur utilisation pour être numérisés sur le dossier patient informatisé une fois la panne / mise à jour terminée. L'utilisation du papier reste ainsi ancrée dans l'organisation des hôpitaux, associée à une solution de repli, certes archaïque mais fiable.

Le *planning* des internes : un radeau organisationnel en papier

En imagerie médicale, l'une des secrétaires, Nathalie*, prend en charge une mission particulièrement tortueuse : créer et mettre à jour régulièrement les plannings des médecins, des salles d'examens et de consultation, des internes, des astreintes et des secrétaires médicales.
Elle a pour cela conçu des tableurs colorés à l'esthétique relativement étonnante (un fond noir et des couleurs fluorescentes).
Ce travail se fait au prix d'un certain nombre de stratégies : pour obliger les internes à remplir leurs plannings hebdomadaires, la secrétaire se voit obligée d'imprimer et de relier les plannings, de les poser dans la salle des internes, puis de le récupérer pour intégrer les données manuellement au tableur numérique.
Pour pouvoir imprimer ces plannings (et les relier proprement), elle doit ajouter des sauts de pages entre chaque semaine (pour que l'impression se fasse correctement), une tâche répétitive et longue à faire.



Nathalie* sait que les internes utilisent souvent des identifiants communs pour se connecter à l'ordinateur, puis ils se connectent sur les logiciels avec leurs propres identifiants. Mais lorsqu'il faut accéder à SharePoint (l'intranet) pour les plannings, c'est l'identifiant de la session d'ordinateur qui compte. Donc les internes ne remplissent pas correctement leurs plannings sur SharePoint, ce qui oblige Nathalie* à trouver des stratégies de contournement. Une fois conçus et remplis, le travail n'est pas terminé car il faut s'assurer d'informer un certain nombre d'interlocuteur·ices des mises à jour de ces plannings (accueil du centre administratif et du pôle, médecins, manip radio, cadres, secrétaires du service, etc).

pages, valider successivement chaque étape. Sur papier, au contraire, le geste est rapide et tangible : parcourir la pile, soulever chaque feuille, apposer sa signature. Cette situation constitue au départ une déchirure : le logiciel prévoit un dispositif, mais celui-ci est largement contourné car il n'est pas aligné sur les logiques d'action des médecins. Pour y faire face, les secrétaires déploient des opérations d'articulation : elles collectent, classent et préparent les formulaires papier, veillent à l'obtention des signatures, puis réintroduisent les informations dans le circuit numérique. Ces opérations, d'abord conçues comme palliatives, finissent par se stabiliser. Elles deviennent des plis : des routines reconnues comme efficaces et indispensables à la continuité organisationnelle.

Ainsi, les plis naissent de la confrontation aux déchirures. Ils ne témoignent pas seulement d'une résistance au numérique, mais du travail par lequel les secrétaires ajustent en permanence les outils techniques aux contraintes concrètes de l'action. En mettant en œuvre ces opérations d'articulation, elles transforment l'accident en routine.

Plis : quand le papier fait tenir le numérique

Le pli est donc une forme d'ajustement routinisé. Il correspond à ces arrangements stabilisés – souvent invisibles à celles et ceux qui n'en sont pas les artisan·es – par lesquels les professionnel·les pallient, prolongent ou accompagnent les limites d'un logiciel. Il peut s'agir, par exemple, du scannage quotidien des documents, du double affichage papier/numérique des plannings, ou de la production systématique de listings papier parallèles au DPI. J'évoque dans cette dernière partie des situations où le papier continue, malgré la présence d'un logiciel de gestion des dossiers des patient·es, à être le support privilégié des échanges et de la production de l'information. Les déchirures se sont accumulées, se transformant en plis tellement nombreux que le logiciel n'est presque plus fait que du papier. Sa structure numérique ne semble persister que pour des raisons légales.

Où sont les ordinateurs ?

Dans certains secrétariats hospitaliers, la présence des ordinateurs paraît presque anecdotique. Ils sont là, bien sûr, posés sur les bureaux, mais disparaissent derrière les piles de documents, les liasses agrafées, les cahiers de suivi et les chemises cartonnées. Dans ces environnements saturés de papier, le numérique ne disparaît pas mais se fond dans un décor hybride où l'imprimé reste l'interface privilégiée de l'action. Les déchirures se sont tellement accumulées

autour des logiciels que l'ordinateur ne constitue plus le support central des écrits d'action : il devient un outil secondaire, mobilisé surtout comme archive, comme sauvegarde. Cette situation est particulièrement frappante dans les services qui entretiennent des relations soutenues avec des instances extérieures – justice, police, services sociaux – comme la psychiatrie.

Dans le service de psychiatrie où travaille Monique*, le papier domine au quotidien. Elle sait que chaque parcours de soin génère une effusion de documents, surtout pour les patient·es suivis en ambulatoire, dont les dossiers circulent entre de plus nombreux·ses intervenant·es qu'en hospitalisation complète. Pour organiser ce flux, Monique* a mis en place plusieurs outils imprimés qui constituent l'ossature de son travail. Un agenda mensuel recense l'ensemble des documents à produire pour chaque patient·e du service, en fonction de son statut de prise en charge. Ce tableau imprimé, qui comporte en permanence une cinquantaine de noms, indique pour chacun les attestations ou notifications à « sortir » et les dates précises auxquelles elles doivent être produites. À cela s'ajoutent des listings de consultations par demi-journée, agrafés aux dossiers récupérés par les médecins, ainsi que des tableaux de traçabilité qui récapitulent, pour chaque patient·e, les documents obligatoires à différents moments de la prise en charge (à l'entrée, à 72h, à 10 jours, chaque mois, à 6 mois). Ces multiples supports se superposent sur les bureaux des secrétaires, envahissant physiquement l'espace de travail. Leur abondance traduit l'exigence juridique et procédurale qui pèse sur le suivi des patient·es sous contrainte. Ici, l'anticipation est cruciale : un document produit trop tard peut invalider une procédure. Les secrétaires planifient donc avec précision, prenant en compte les week-ends et jours fériés, afin d'éviter tout risque de rupture.

Dans ces contextes, le papier n'est pas seulement un résidu ou un doublon du numérique. Il incarne au contraire la forme la plus visible des plis organisationnels : des solutions patiemment stabilisées qui garantissent la continuité des échanges entre l'hôpital et ses partenaires.

« La version papier fait foi » : hiérarchies matérielles de l'information

Les plis ne s'empilent pas de manière désordonnée, ils sont agencés selon de véritables hiérarchies matérielles de l'information. Dans le travail quotidien, toutes les formes d'écrits n'ont pas la même valeur ni le même statut. Certaines matérialisations sont perçues comme secondaires, d'autres comme authentiques et indiscutables. Les secrétaires médicales doivent composer avec ces hiérarchies, parfois implicites, parfois explicitement imposées par les médecins ou par les contraintes juridiques, et ajuster leur travail en conséquence.

AGENDA MENSUELS
MONTPELLIER VILLE 2

	NOM	PRENOM	MODE	ENTREE	PH	date limite certificat MENSUEL	TC/AMB	REINT	SERVICE	JLD	JLD 6 MOIS	COLLEGE
LUN	[redacted]	[redacted]	SDTU	21/09/10	MV	~~21~~ 22						21/09/2024
	[redacted]	[redacted]	SDTU	22/10/21	VC	22						22/10/2024
	[redacted]	[redacted]	SDTU	22/02/13	VC	22						22/02/2024
	[redacted]	[redacted]	SDT	23/11/16	SH	23 24						23/11/2024
MAR	[redacted]	[redacted]	SDTU	23/08/23	VC/MV	23	TC			01/09/2023	10/02/2024	23/08/2024
	[redacted]	[redacted]	SDRE	26/03/13	VC	23						
	[redacted]	[redacted]	SDTU	23/10/23	VC/MV	23	TC	02/12/23		12/12/2023	23/05/2024	23/10/2024
	[redacted]	[redacted]	SDTU	23/06/23	AD	23						23/06/2024
MER	[redacted]	[redacted]	SDTU	24/06/21	MV	24						24/06/2024
	[redacted]	[redacted]	SDRE	28/03/21	MV	~~23~~ 24	(fin ehpad 23/01)					
JEU	[redacted]	[redacted]	SDTU	26/04/22	SH	~~24~~ 25						26/04/2024
	[redacted]	[redacted]	SDTU	26/06/22	SH	~~24~~ 25						26/06/2024
	[redacted]	[redacted]	SDTU	27/10/22	VC	~~24~~ 26						27/10/2024

⊕ lundi 22 New GARDAI SH + ma 23 Situ Mamma VC.
Appel 25

lu 72H Tarel. 24 Scuzine

23 Appel situ mamma.

Page 1

TRACABILITE DES DOCS ADM – TP

SOINS : **PSYCHIATRE**

ETIQUETTES

	RECUEIL OBSERVATIONS PATIENT	INFOS DROITS PATIENTS						NOTIF DEC. SDT ARRETES SDRE					
ENTREE	[redacted]												
72H													
MENSUELS		01	02	03	04	05	06	01	02	03	04	05	06
		07	08	09	10	11	12	07	08	09	10	11	12
SAISINE JLD + AVOCAT	[redacted]	à 10 jours / date			à 6 mois/ date			[redacted]					
MPEC / PS	[redacted]	[redacted]											
MPEC / REINT TP OU SITUATION	[redacted]												

Dans plusieurs services, la version papier des dossiers patient·es continue de prévaloir comme support de vérification, de suivi et de prise de décision car les systèmes d'information numérisés trop récemment ne sont pas encore complets, les dossiers papiers doivent encore y être numérisés. La version papier des dossiers ne constitue ainsi pas un simple doublon du numérique, mais bien un original fonctionnel, porteur d'une légitimité historique. Dans le service de génétique moléculaire, la mise en place tardive d'un DPI spécialisé a renforcé cette dualité : les documents numériques remplissent avant tout une fonction d'archive, tandis que le papier demeure l'outil de travail quotidien. Dominique*, secrétaire dans ce service, le résume sans détour : « La version papier fait foi ». Dans la pratique, une recherche dans le logiciel permet de retrouver un numéro de famille, lequel sert ensuite à localiser le dossier physique dans les archives. Ici, le numérique n'efface pas le papier : il s'y adosse, l'accompagne, et même s'y subordonne.

Du point de vue des secrétaires médicales, la bonne gestion de l'information à l'hôpital dépend fortement de la capacité des médecins à concevoir des dispositifs collectifs d'organisation. Or, c'est souvent un vide informationnel qui s'impose, obligeant les secrétaires – et parfois d'autres professionnel·les de santé – à pallier cette absence. En gérontologie, une infirmière cherchant les paramètres d'une injection de fer ne se tourne pas vers le médecin, difficile à trouver et peu enclin à réorganiser ses notes. Elle préfère demander à la secrétaire de consulter le compte-rendu en cours de retranscription. La secrétaire devient ainsi le relais d'un savoir encore instable, matérialisé dans un document intermédiaire, et joue un rôle clé dans la continuité des soins.

Enfin, ces hiérarchies s'expriment de manière particulièrement nette dans les pratiques de signature. Dans le même service de gérontologie, le chef de service refuse de signer numériquement les comptes-rendus. Les secrétaires doivent donc les imprimer, les lui faire signer à la main, puis les scanner afin qu'elles puissent réintégrer le circuit « dématérialisé » de l'information. La boucle est paradoxale : un document produit numériquement repasse par le papier pour acquérir une valeur de preuve, avant de revenir sous forme numérique pour circuler. La signature manuscrite fonctionne comme un sceau qui continue de donner force au document, au prix d'un surcroît de travail pour les secrétaires.

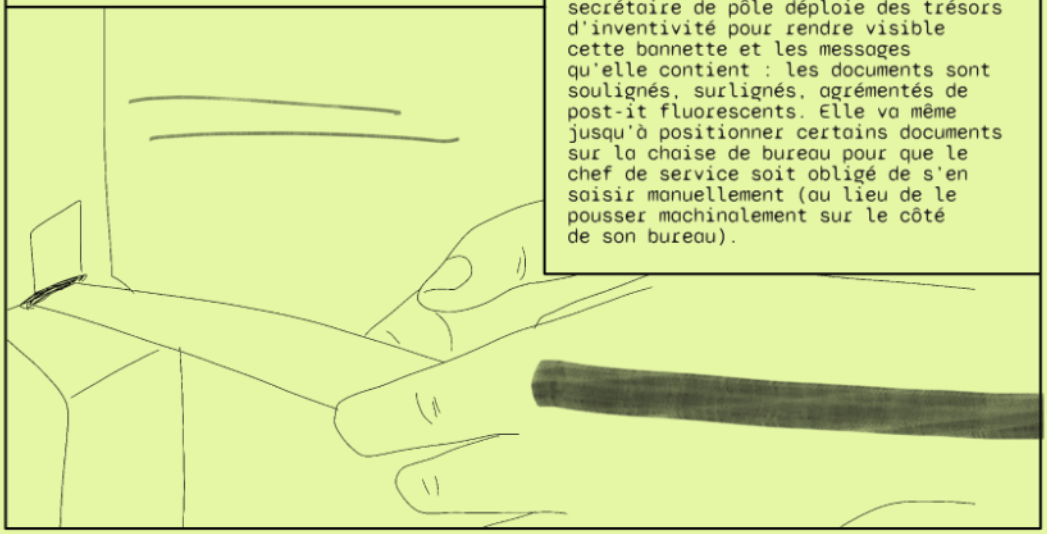
Ainsi, les « versions papier » s'imposent souvent comme un point d'ancrage, de validité et de fiabilité de l'information. Les secrétaires, elles, doivent composer avec ces hiérarchies mouvantes et parfois contradictoires.

Matérialités du papier

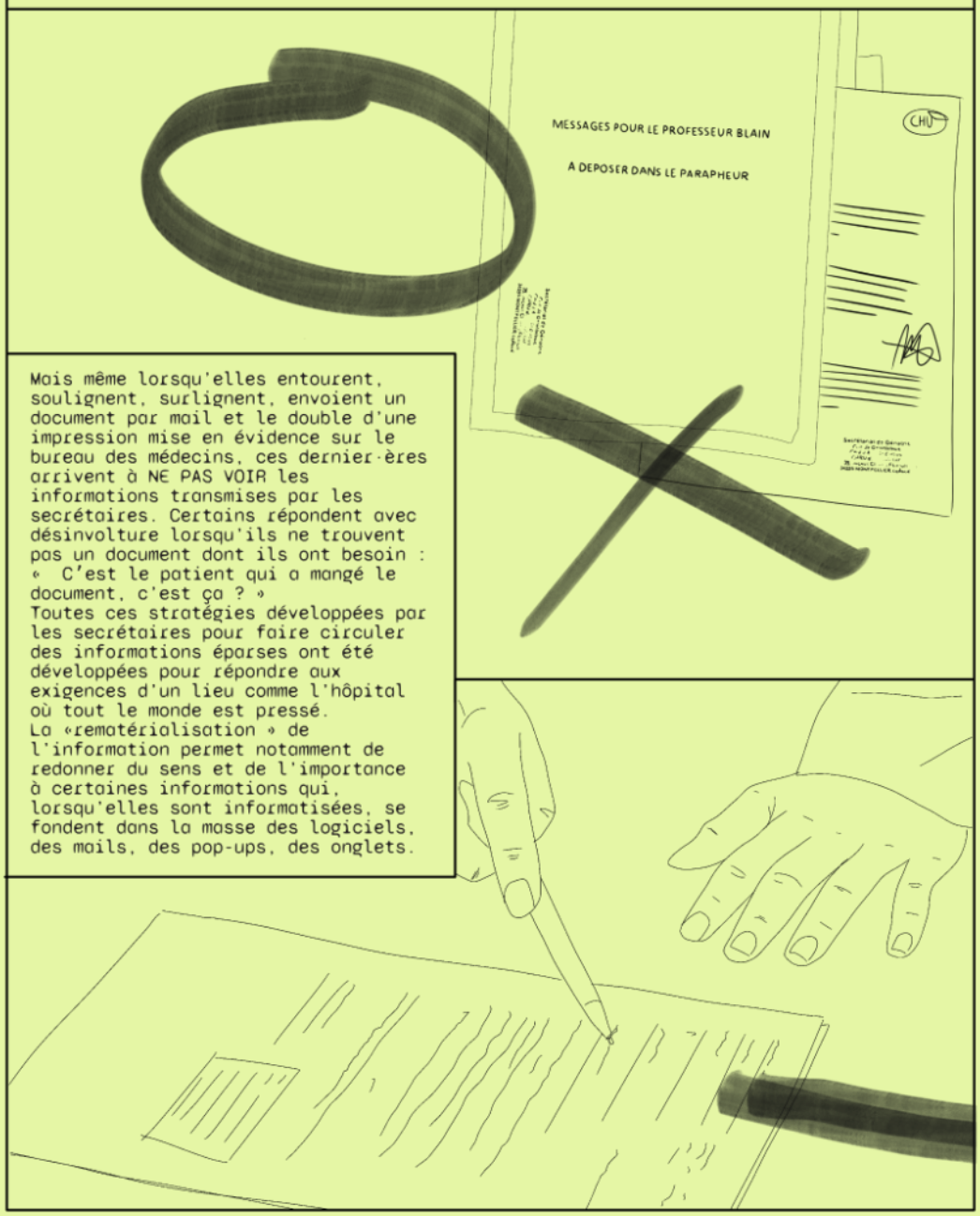
La paperasse que j'évoquais en début de chapitre, et qui s'inscrit au cœur de ce que j'ai nommé un « logiciel de papier », repose sur une forme de travail particulière des secrétaires médicales : la gestion des commandes bureautiques. Elles sont chargées de commander du matériel (stylos, stock de papier, agrafes, etc.) mais aussi des documents pré-imprimés à la reprographie. Les secrétariats n'étant souvent équipés que d'imprimantes noir et blanc (plus rarement en couleur), leur activité repose sur la gestion d'un stock regulièrement renouvellé de documents imprimés en couleur ou sur des papiers spéciaux (cartes de visite plastifiées, pochettes cartonnées pour ranger des documents, papier à en tête, étiquettes autocollantes, etc). Dans le service de génétique moléculaire par exemple, Dominique* est chargée du budget attribué au matériel bureautique du service. Régulièrement, elle passe des commandes après avoir consulté les biologistes. Elle m'explique ne pas avoir de directives hiérarchiques particulières sur la répartition de ce budget, ce sont les biologistes qui font des demandes. La secrétaire médicale surveille ce budget et peut émettre des alertes auprès de ses collègues si certaines dépenses assèchent trop rapidement le budget ou si, au contraire, il reste une somme conséquente à dépenser avant la clôture budgétaire. Les commandes qu'elle réalise ont des effets directs sur l'organisation de l'information : les marges de manœuvre qu'elle se ménage vis-à-vis des catalogues de produits proposés se heurtent parfois à des limites. Par exemple, durant plusieurs mois, elle a essayé de mettre en place un système coloré de rangement des dossiers par pathologie, mais elle a du mal à suivre cette logique car les couleurs proposées par les fournisseurs de pochettes cartonnées sont sensiblement différentes, ce qui crée un nuancier de couleurs qui finissent par se confondre : le orange saumon d'un fournisseur ressemble trop au orange clair d'un autre, et la distinction faite par les secrétaires entre rose et orange ne tient plus. Ce travail logistique donne lieu à une conscience particulière vis-à-vis de la matérialité de la « paperasse » : les secrétaires sont les témoins privilégiés des impressions journalières et du papier jeté tous les jours à la poubelle. Certaines développent une certaine conscience écologique, qu'elles essaient de mettre en œuvre au quotidien via de petits gestes. Lorsque je rencontre Linda*, elle me dit assez rapidement qu'elle essaie d'être une « secrétaire écolo ». Elle a développé une attention particulière aux documents qu'elle imprime et à la manière d'en recycler certains. Par exemple, elle n'imprime pas systématiquement les convocations pour les consultations qu'elle programme, constatant que ces documents sont souvent perdus par les patient·es. Elle préfère demander d'abord aux patient·es s'ils ou elles ont la possibilité de noter la date quelque part.

Les médecins, le papier et la hiérarchie de l'information

Le travail des secrétaires est en partie tourné vers la prise en charge des différentes sensibilités des médecins vis-à-vis de l'information dans le service. L'une des secrétaires que j'ai rencontré m'a livré les stratégies qu'elle et ses collègues mettent en place pour permettre à certaines informations d'atteindre l'attention du chef de pôle – un médecin extrêmement occupé par différentes activités. Son attention est constamment prise par des piles de mails, des discussions avec des collègues, des consultations, des demandes de la direction de l'hôpital, etc. Les demandes des secrétaires se placent alors en bas de la pile de ses priorités. Les demandes qu'elles transportent avec elles sont triviales et routinières, elles peinent à retenir l'attention (signer un document, parapher un autre, penser à mettre à jour un planning, etc). L'usage des mails est donc inutile car ces derniers se noient dans la boîte de réception qui voit passer des centaines de mails par jour. Les secrétaires médicales ont donc mis en place un circuit alternatif: elles écrivent sur Word des messages simples, qu'elles impriment et placent dans une bannette spéciale. Elles informent la secrétaire de pôle de venir récupérer cette bannette pour la transmettre au chef de pôle. Mais le travail n'est pas terminé car, une fois la bannette remontée dans le bureau, la secrétaire de pôle déploie des trésors d'inventivité pour rendre visible cette bannette et les messages qu'elle contient : les documents sont soulignés, surlignés, agrémentés de post-it fluorescents. Elle va même jusqu'à positionner certains documents sur la chaise de bureau pour que le chef de service soit obligé de s'en saisir manuellement (au lieu de le pousser machinalement sur le côté de son bureau).



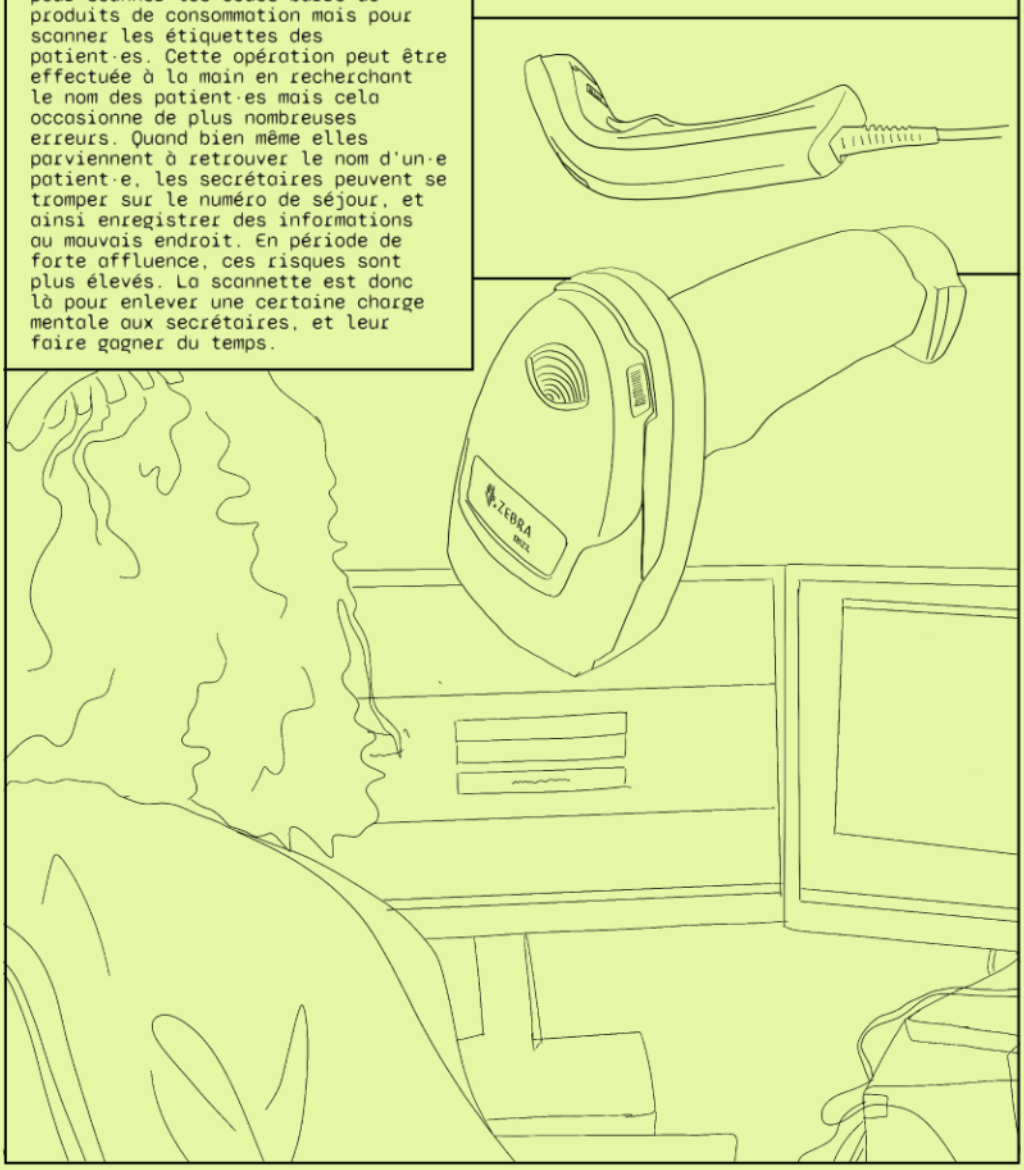
« Je vais lui remettre son parapheur sur sa chaise, il va comprendre que j'insiste », m'explique Michèle, la secrétaire de pôle.*



Mais même lorsqu'elles entourent, soulignent, surlignent, envoient un document par mail et le double d'une impression mise en évidence sur le bureau des médecins, ces dernier·ères arrivent à NE PAS VOIR les informations transmises par les secrétaires. Certains répondent avec désinvolture lorsqu'ils ne trouvent pas un document dont ils ont besoin : « C'est le patient qui a mangé le document, c'est ça ? »
Toutes ces stratégies développées par les secrétaires pour faire circuler des informations éparses ont été développées pour répondre aux exigences d'un lieu comme l'hôpital où tout le monde est pressé.
La «rematérialisation » de l'information permet notamment de redonner du sens et de l'importance à certaines informations qui, lorsqu'elles sont informatisées, se fondent dans la masse des logiciels, des mails, des pop-ups, des onglets.

La scanette : un outil de précision

Dans certains secrétariats qui accueillent beaucoup de patient·es, on retrouve un objet posé sur les comptoirs des guichets d'accueil : une « scannette ». Similaire à celles que l'on peut retrouver aux caisses libre service des supermarchés, les scanettes ne sont ici pas utilisées pour scanner les codes barre de produits de consommation mais pour scanner les étiquettes des patient·es. Cette opération peut être effectuée à la main en recherchant le nom des patient·es mais cela occasionne de plus nombreuses erreurs. Quand bien même elles parviennent à retrouver le nom d'un·e patient·e, les secrétaires peuvent se tromper sur le numéro de séjour, et ainsi enregistrer des informations au mauvais endroit. En période de forte affluence, ces risques sont plus élevés. La scannette est donc là pour enlever une certaine charge mentale aux secrétaires, et leur faire gagner du temps.



Par ailleurs, derrière les stylos, pochettes et ramettes de papier se dessine une autre logistique, moins visible mais tout aussi centrale : celle qui fait basculer les documents du monde du papier vers celui du numérique.

La « scanette » en est un parfait exemple. Cet objet n'est présent que dans les secrétariats qui connaissent une forte affluence de patient·es, mais elle est devenue un outil indispensable de sûreté de l'information médico-administrative. Les étiquettes que la scanette permet de lire sont un véritable fil d'ariane au cœur des allers-retours constants de l'information entre ses formes imprimées et numériques : l'étiquette assure, malgré les impressions et les numérisations de documents, les envois postaux et les réceptions par fax, que l'information sait (re) trouver son chemin. La scanette est un outil qui permet de naviguer dans les plis d'un logiciel de papier.

Le scanner est un autre objet emblématique de ces allers-retours matériels, entre documents imprimés et numérisés : chaque poste de travail du secrétariat en est équipé. Son usage est quotidien pour les secrétaires qui s'emploient à tenir à jour les dossiers des patient·es, sous toutes leurs formes. La pratique du « scannage » est devenue un rituel quotidien. Par exemple, les secrétaires de gérontologie font chaque jour le tour des bureaux des internes et des infirmier·ères pour récupérer, dans des bannettes dédiées, les « documents à scanner ». Ces derniers, disposés en vrac, sont ensuite scannés un à un sur les différents dossiers patient·es concernés. Récemment, les secrétaires ont demandé aux médecins de faire du tri dans ces documents, afin de leur éviter de devoir identifier les documents déjà scannés. Ces documents peuvent être des lettres de médecins extérieur·es au service, des documents apportés par les patient·es lors de leur admission, des ECG ou bien des résultats d'analyses biologiques envoyées par des laboratoires extérieurs à l'hôpital.

Le « scannage » s'avère particulièrement ingrat lorsque les documents qui doivent être scannés ne sont pas au format A4, comme les électrocardiogrammes (ECG), qui sont découpés dans de grands rouleaux de papier millimétré. Lorsque ces documents de 10 cm de large arrivent au secrétariat, il faut souvent les redécouper (sans en perdre l'ordre) pour pouvoir les scanner. Parfois les morceaux ne sont pas assez longs pour être acceptés par la machine, ce qui oblige les secrétaires à les photocopier d'abord pour obtenir un document A4. Si le travail de « scannage » est souvent un travail routinier qui, s'il est fait au fur et à mesure, permet d'absorber quotidiennement les documents qui s'accumulent progressivement dans les bannettes dédiées, il devient une tâche herculéenne lorsque de grands changements adviennent dans les systèmes d'information, comme la mise en oeuvre d'un logiciel métier en génétique moléculaire qui a demandé (et demande encore) aux secrétaires de numériser progressivement tous les dossiers papier du service (Une tâche entamée en 2018).

En définitive, ce chapitre a cherché à mettre à l'épreuve le mythe de la dématérialisation de l'information en montrant que le numérique repose à l'hôpital sur une épaisseur matérielle et relationnelle que le papier continue de structurer. La notion de « logiciel de papier » propose de nommer cette hybridation matérielle, en distinguant deux formes de ruptures dans la circulation de l'information : des déchirures et des plis qui, en s'accumulant, affectent la division du travail médico-administratif. Les opérations d'articulation qui se mettent en place de manière plus ou moins pérennes, obligent celles et ceux qui en ont la charge à arbitrer des choix dans la continuité de l'information (et du soin) : qu'est-ce qui est vital, qu'est-ce qui peut attendre ? Enfin, il semble important de souligner que les plis et les déchirures que j'ai décrits n'existent que parce que l'hybridité matérielle du travail n'est pas reconnue, elle n'est pas prévue ni souhaitée dans les évolutions du travail médico-administratif. Faute d'être prise en compte comme une modalité pérenne et indispensable du travail, cette hybridité trouve des chemins malgré tout, contribuant à renforcer l'invisibilité d'une partie du travail des secrétaires médicales.

Ce chapitre examine les logiques temporelles du travail hospitalier à travers les opérations de programmation prises en charge par les secrétaires médicales. En analysant les objets graphiques que sont les plannings, les agendas ou les logiciels de prise de rendez-vous, il s'agit de montrer comment s'articulent deux régimes temporels : la flexibilité du temps médical et la rigidité du temps administratif. Les secrétaires occupent une position charnière entre ces temporalités, ajustant sans cesse l'organisation collective pour faire tenir ensemble l'agenda du médecin et le planning du service. Ce travail d'articulation s'appuie sur des compétences fines de lecture et d'anticipation permettant de soutenir une certaine « souplesse » des opérations de programmation. Finalement, si les secrétaires organisent le temps des autres, leur « temps à elles », celui de leur travail, peine à se rendre visible dans l'organisation complexe des hôpitaux.

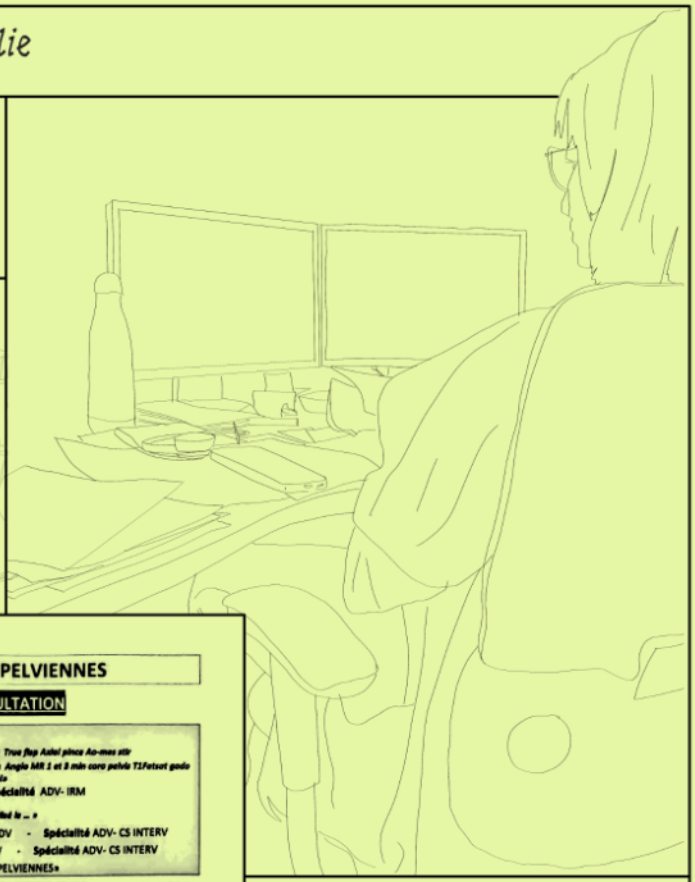
Planifier,
Anticiper,
Coordonner,
Prévenir,
Articuler,
Téléphoner,
Communiquer,
Prévoir, Changer,
Mettre à jour,
Corriger, Ajuster,
Faire faire, Editer,
Modifier, Prioriser,
Négocier

Chapitre 10

Programmations.
Formaliser l'activité hospitalière

Les genoux de Nathalie

Nathalie* utilise souvent une expression qui dénote d'un problème majeur qu'elle rencontre quotidiennement : les plannings qui débordent des mois à l'avance.



EMBOLISATION VARICES PELVIENNES

A FAIRE AVANT LA CONSULTATION

A PROGRAMMER :

① ADV IRM PELVIENNE AVEC INJECTION *MEMO « Protocole : True flap Axial pince Ao-mes str coro pelvis Angio MR 1 et 3 min coro pelvis T1Fetsat gado coro + axiale*

Opérateur : INTERNE IMAGERIE ADV - **SALLE** VIRM - **Spécialité** ADV- IRM

✚ ② ADV RADIO CONSULTATION 1ERE FOIS *MEMO «MM réalisé le ... »*

Opérateur : VERNHET KOVACSIK - **SALLE** CONSULTATION ADV - **Spécialité** ADV- CS INTERV

ou MONNIN BARES - **SALLE** CONSULTATION ADV - **Spécialité** ADV- CS INTERV

Dans « Nota » du RDV : Ecrire « AVANT EMBOLISATION VARICES PELVIENNES»

LE JOUR DE LA CONSULTATION

[redacted]

Dossier à préparer pour le radiologue :
- FICHE DE CONSULTATION MATERIEL
- DOSSIER UMCA : feuille saumon, ordonnances bétadine + bilan

L'EXAMEN A PROGRAMMER APRES LA CONSULTATION:

① ADV-RI INTER. EMBOLISATION VARICO/ VARICE PELV : **Mémo « 1er temps »**

Opérateur : Médecin réalisant l'acte sauf HV - **SALLE** indifférent - **Spécialité :** ADV-INTERV

ou

LUNDI OU MERCREDI =>

Opérateur : VERNHET KOVACSIK - **SALLE** Angio ARTISZEEGO V09 - **Spécialité :** ADV-INTERV

Si 2ème temps : ✚ +21 jours

② ADV-RI INTER. EMBOLISATION VARICO/ VARICE PELV : **Mémo « 2ème temps »**

Opérateur : Médecin réalisant l'acte sauf HV - **SALLE** indifférent - **Spécialité :** ADV-INTERV

ou

LUNDI OU MERCREDI =>

Opérateur : VERNHET KOVACSIK - **SALLE** Angio ARTISZEEGO V09 - **Spécialité :** ADV-INTERV

Dans « Note » du RDV : Ecrire le lieu de l'hospitalisation UMCA

Service d'hospitalisation: Choix ① : UMCA 3.07.60

RDV DE CONTROLE A PROGRAMMER LORS DE LA CONSULTATION:

A J+7 : contrôles peuvent être après chaque temps ou après le dernier temps selon la fiche de matériel

① ADV-RADIO CONSULTATION CONTROLE *MEMO «1er TEMPS »*

Opérateur : VERNHET KOVACSIK ou Médecin réalisant l'acte - **SALLE** CONSULTATION ADV -

Spécialité : ADV-CS INTERV

Si 2ème temps : ✚ +21 jours

② ADV-RADIO CONSULTATION CONTROLE *MEMO « 2ème TEMPS »*

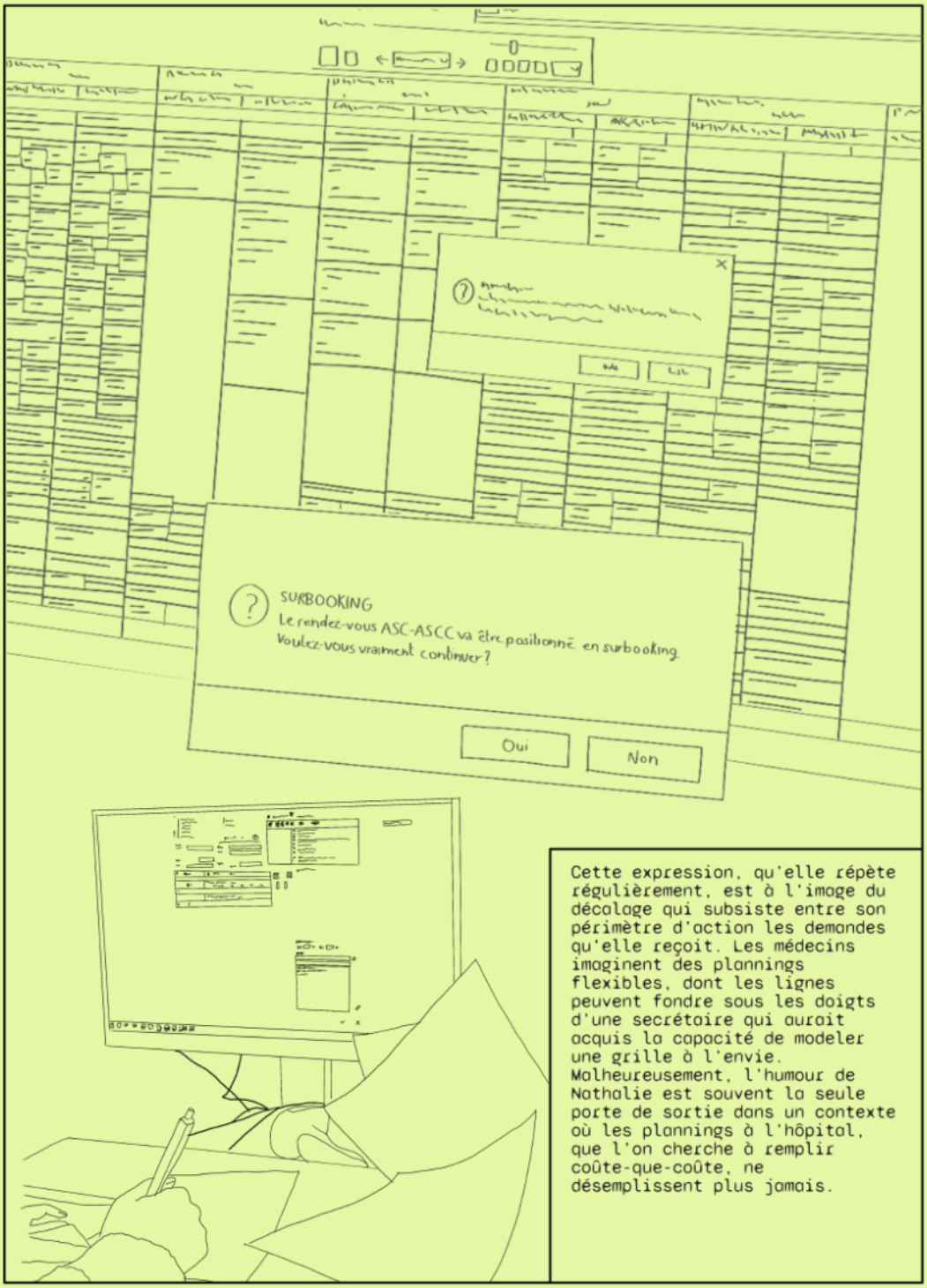
Opérateur : VERNHET KOVACSIK ou Médecin réalisant l'acte - **SALLE** CONSULTATION ADV -

Spécialité : ADV-CS INTERV **Dans « Note » du RDV : CONTROLE J+7 VARICES PELVIENNES**

A DONNER AU PATIENT APRES LA CONSULTATION DE PROGRAMMATION :

1. Son RDV d'hospitalisation
2. Les RDV de contrôles
3. Ordonnance pour test PCR pour chaque intervention
4. Ordonnance : bilan sanguin, à faire au 1er temps + douche bétadinée

Lorsqu'un médecin vient lui demande si elle peut trouver une petite place pour l'un de ses amis, Nathalie lui répond : « bah oui, j'ai une place sur mes genoux ! ».*



Cette expression, qu'elle répète régulièrement, est à l'image du décalage qui subsiste entre son périmètre d'action les demandes qu'elle reçoit. Les médecins imaginent des plannings flexibles, dont les lignes peuvent fondre sous les doigts d'une secrétaire qui aurait acquis la capacité de modeler une grille à l'envie. Malheureusement, l'humour de Nathalie est souvent la seule porte de sortie dans un contexte où les plannings à l'hôpital, que l'on cherche à remplir coûte-que-coûte, ne désemplissent plus jamais.

La programmation en radiologie

La programmation d'examens est une activité particulièrement centrale dans les secrétariats des services d'imagerie médicale : dans le service que je visite, il y a chaque jour 20 IRM programmés et plus de 60 scanners et dopplers. La programmation de médecine interventionnelle est quant à elle moins dense mais plus complexe, ce qui nécessite une très bonne connaissance des procédures médicales. Le travail de programmation commence à la réception d'une demande d'examen et se termine lorsque les patient·es ressortent de l'examen. Entretemps, une multitude d'étapes se succèdent.

Le logiciel de gestion des rendez-vous, associé au dossier patient informatisé, est toujours ouvert sur l'ordinateur des secrétaires d'imagerie médicale. Sur son interface, on accède à un planning des consultations du service, que l'on peut personnaliser grâce à des filtres. Chacune des nombreuses cases visibles du planning permet d'accéder aux détails de chaque rendez-vous. Lorsqu'une secrétaire souhaite programmer une consultation, elle crée une nouvelle consultation dans le dossier du ou de la patient·e, sélectionne le ou la médecin qui correspond, puis clique sur un bouton qui trouve automatiquement le premier créneau disponible : parfois, les secrétaires doivent « forcer » des rendez-vous en allant sélectionner dans le planning un créneau qui n'est pas prévu pour une consultation ou qui est déjà trop chargé.

La complexité des plannings, qui ressemblent de loin à de grandes tâches multicolores dont les pixels donnent rapidement mal à la tête, ne s'arrête pas à la visualisation de l'activité à l'échelle d'une semaine dans le service. Le dossier de chaque patient·e peut contenir des « chaînages » de rendez-vous, c'est-à-dire des rendez-vous qui ne peuvent pas avoir lieu indépendamment les uns des autres. Si le premier est annulé, il faut tout reprogrammer. Ces chaînages sont très courants en imagerie, et rendent le travail des secrétaires d'autant plus complexe lorsqu'il faut reprogrammer une série de consultations suite à l'absence d'un médecin : le travail est décuplé.

Une fois la date d'un examen fixée, les secrétaires doivent imprimer une série de documents propres à chaque type d'examen (ordonnance pour des bilans sanguins, de la bétadine, de l'iode, convocation au rendez-vous, etc.). Ces documents sont générés automatiquement sur Word, relus et imprimés par les secrétaires, qui les font ensuite parvenir par courrier aux patient·es. Lorsqu'elles reçoivent les résultats des bilans sanguins, elles les intègrent au dossier de chaque patient·e ainsi qu'en pièce jointe du rendez-vous, afin que le médecin puisse y accéder sans aller fouiller dans le dossier patient. La programmation ne se limite donc pas à trouver la bonne date pour un rendez-vous, il s'agit aussi et surtout de per-

mettre à ce rendez-vous d'avoir lieu dans les meilleures conditions, notamment en faisant en sorte que le dossier soit complet et rendu accessible au médecin en temps et en heure. Cette exercice est parfois périlleux, et les secrétaires s'appuient sur leur expérience pour orchestrer efficacement la programmation d'examens. Nathalie* indique ainsi à une jeune recrue, Aya*, que certains dossiers ne doivent être « préparés » que la veille de l'examen : si le dossier est préparé trop en avance, la date risque de changer et il faudra tout refaire.

Si ce travail de programmation permet la plupart du temps de mener à bien l'activité du service, les choses peuvent parfois s'enrailler. Par exemple, Nathalie* s'énerve lorsqu'elle découvre des IRM planifiés en fin de journée pour des patient·es qui ont besoin d'une ambulance : il est évident pour elle que tout le monde devrait savoir que les brancardier·ères ne travaillent plus après 16h. Mais parfois, la magie opère : lorsqu'une secrétaire cherche une date pour programmer une consultation, le logiciel lui propose directement une date qui correspond. Ces petits miracles font sourire les secrétaires, bien qu'ils ne soient qu'un détail dans leur quotidien semé d'embûches.

Deux régimes temporels à l'hôpital

La programmation des activités hospitalières repose sur un travail constant d'ordonnancement du temps, rendu possible par une série d'objets graphiques : agendas, plannings, listes de rendez-vous, etc. Ces objets participent à la fabrication d'un ordre temporel central dans le fonctionnement hospitalier, qui s'organise principalement autour du temps des médecins, bien que chaque corps de métier possède une temporalité propre à l'exercice de son travail.

Deux de ces objets graphiques structurent spécifiquement le temps dans les services hospitaliers : l'agenda du médecin, d'un côté, et le planning du service, de l'autre. Ces deux objets, profondément liés, permettent d'expliquer une tension omniprésente entre le temps des médecins et le temps des autres professionnel·les. Le temps du médecin dicte le temps des autres, l'agenda du médecin affecte le planning du service. L'étude de ces objets et la manière dont ils sont interdépendants nous informe sur la manière dont un service hospitalier fonctionne : comme l'écrit Stephen Barley, « rien n'ancre plus solidement les modèles de travail que la chronologie de l'action. Chaque monde du travail porte la marque d'un "ordre socio-temporel", une structure cartographiée par des séquences, des durées, des emplacements temporels et des taux de récurrence » (Barley, dans : Dubinsky, 1988, 125). À l'hôpital, cet ordre socio-temporel est le plus souvent déterminé à partir du temps médical, entendu comme point nodal.

Cette centralité n'est pourtant pas synonyme de rigidité, et c'est bien là que se cristallisent beaucoup de tensions dans la gestion des plannings. L'agenda du médecin est marqué par une grande plasticité, qu'Eviatar Zerubavel analyse comme une caractéristique de son statut social : « On attend des médecins [...] qu'ils activent leurs fonctions professionnelles chaque fois qu'ils sont sollicités. En théorie du moins, ils sont toujours accessibles » (Zerubavel, 1985, 149). Cette flexibilité, loin d'être anodine, produit un effet de réverbération sur l'ensemble du collectif de travail : les incertitudes du temps médical – retard d'un·e chirurgien·ne, ajout d'un rendez-vous d'urgence, prolongation d'une consultation – désorganisent les chaînes de tâches et obligent les autres à s'adapter, dans un mouvement unilatéral.

Stephen Barley décrit cette asymétrie temporelle dans un service de radiologie : « L'organisation temporelle du travail du radiologue est telle qu'à tout moment, il peut être entraîné pour un court laps de temps dans l'univers de travail d'un grand nombre d'individus » (Barley, dans : Dubinsky, 1988, 142). Cette indétermination rend la synchronisation difficile, voire impossible, pour les manipulateur·ice radio ou les secrétaires, qui se plaignent systématiquement que l'aspect le plus irritant de leur travail est que « on ne peut jamais trouver un radiologue quand on en a besoin » (*ibid.*, 145). Le ou la médecin est ainsi perçu comme un·e acteur·ice mobile, pouvant intervenir dans plusieurs espaces-temps simultanément, tandis que les autres professionnel·les doivent composer avec une temporalité plus rigide et séquencée.

Si l'agenda du médecin a longtemps été un objet individuel, sa logique a peu à peu été absorbée dans celle d'un planning collectif. Avec l'informatisation croissante des systèmes d'information hospitaliers, les outils numériques agrègent désormais les agendas des différent·es praticien·nes pour produire un tableau global de l'activité médicale – outil essentiel à la programmation des blocs opératoires, des consultations, des présences médicales. La sociologue féministe Judy Wajcman rappelle que ces outils numériques transforment l'agenda individuel en instrument collectif de synchronisation : « les calendriers sont désormais complètement intégrés dans les logiciels standards [...]. Ils sont avant tout des outils d'organisation pour soutenir la synchronisation sociale et la collaboration distribuée » (Wajcman, 2019, 4).

Face à cette logique, le planning du service se présente comme une forme explicite de rationalisation : le planning des consultations d'un service organise la disponibilité des médecins mais aussi celle du personnel paramédical (infirmier·ères, aides soignant·es, ambulancier·ères, et secrétaires). Ce planning n'a rien de la flexibilité relative de l'agenda médical. Il est planifié à l'avance, affiché, normé. Il reflète ce que Zerubavel nomme le temps public, c'est-à-dire un temps « structuré, visible, assigné », où la disponibilité est prescrite d'avance (1985,

143). Cette rigidité est aussi une forme de protection : elle marque les frontières du rôle professionnel et garantit, en principe, un droit à la déconnexion.

Le contraste entre ces deux régimes temporels – souple et statutaire d'un côté, rigide et subalterne de l'autre – permet de penser la hiérarchie des temps au travail. Les secrétaires, prises entre les deux, doivent sans cesse ajuster le planning collectif en fonction des évolutions de l'agenda médical, sans jamais bénéficier elles-mêmes de cette plasticité. Leur rôle de médiatrices du temps est pourtant crucial, mais rarement reconnu comme tel. Elles sont à la fois invisibilisées dans la planification, et surexposées aux effets des désajustements produits par l'agenda des médecins. En somme, l'agenda du médecin ne peut être compris comme un artefact purement personnel. Il est à la fois le centre organisateur du service hospitalier et le vecteur d'asymétries temporelles majeures. Le planning du service, en retour, matérialise la tension entre organisation collective et hiérarchie des statuts, en distribuant les disponibilités, les contraintes, et les temps morts.

En somme, à travers l'agenda du médecin et le planning du service, on observe deux régimes temporels du travail hospitalier. L'une vise l'autonomie relative d'un acteur professionnel doté d'un statut hiérarchique élevé. L'autre incarne la rationalisation du temps d'un collectif de travail. Cette distinction est essentielle pour comprendre les enjeux de sa gestion, et comment cette gestion s'inscrit matériellement dans le travail des secrétaires médicales.

Des opérations visuelles de programmation

La notion d'opération visuelle de traduction de l'information s'incarne particulièrement bien dans la relation qu'entretiennent les secrétaires médicales avec les plannings – et plus largement les agendas et les calendriers. Ces objets graphiques permettent de rendre effectif le cadrage du travail hospitalier entre les différents régimes temporels que je viens d'exposer. Leur fonctionnement relève de que Jack Goody (1979) qualifierait de « raison graphique » : une manière de penser et d'agir sur le monde à travers des inscriptions organisées – listes, tableaux, colonnes, grilles. Le planning, par sa forme même, permet un certain type d'intelligibilité et de gouvernance des activités et il traduit l'exigence contemporaine de ne laisser aucun espace vide, d'optimiser chaque créneau – ce que Judy Wajcman appelle une rationalité fondée sur la rareté du temps. Dans les calendriers numériques contemporains, « le temps est considéré comme une ressource, une marchandise, une séquence d'événements qui peut être maîtrisée au moyen d'une expertise informatique » (Wajcman, 2019, 14). Le planning hospitalier, dans sa forme contemporaine, hérite largement de la logique du tableur.

Qu'il soit imprimé ou intégré à un logiciel de gestion, il repose sur une grille bidimensionnelle où les temps (en lignes) croisent les postes, les professions ou les lieux (en colonnes). Ce format impose une vision du travail comme un ensemble de cases à remplir. Comme le montre la chercheuse en étude des médias Esther Milne, le tableur reformate le monde en termes de cellules, de lignes et de colonnes : « il contraint les émotions et les corps d'une manière particulière » (Milne, 2015). Chaque cellule vide devient une dette temporelle à combler : il faut y faire rentrer des patient·es, des médecins ou des infirmier·ères coûte que coûte. Dans ce cadre, l'horror vacui, la peur du vide, devient un impératif graphique : ce qui n'est pas rempli apparaît comme une perte de temps, une faille dans l'ordonnancement. Le planning fonctionne alors comme une infrastructure où le temps hospitalier se trouve compressé dans une trame continue d'occupation optimale. Cet horror vacui institutionnel est devenu une caractéristique de l'activité hospitalière en raison d'une nécessité à la fois morale d'optimisation (les patient·es, de plus en plus nombreux pour toujours moins de soignant·es, continuent d'avoir besoin d'être soigné·es) mais aussi financière (les moyens humains et matériels doivent être rentabilisés). Les secrétaires médicales héritent ainsi de ces logiques de remplissage qui leur sont imposées et dont elles se font garantes auprès de toute l'équipe de soins.

L'objet graphique qu'est le planning s'inscrit au cœur d'un écosystème visuel du travail. Il est à la fois personnel et partagé, individuel et collectif, privé et public. Ce caractère ambivalent est bien documenté dans les études sur les *calendar artifacts*, une littérature croissante en sciences sociales et en Human-Computer Interaction (HCI). Dès 1999, Leysia Palen introduit la notion de *calendar work* pour désigner l'ensemble des pratiques liées à la gestion des calendriers dans les contextes professionnels et personnels (Palen, 1999). Selon Anke Dittmar et Laura Dardar, ce *calendar work* est façonné par des contraintes sociales, techniques et culturelles : « les artefacts calendaires peuvent en partie révéler la manière dont les individus gèrent leurs demandes, en partie contradictoires » (Dittmar et Dardar, 2015, 2). L'usage des calendriers, loin d'être linéaire, s'inscrit dans un écosystème d'artefacts (Kirsh, 2010), où les objets papier et numériques, collectifs et personnels coexistent, se superposent, et peuvent se contredire. Les agendas numériques partagés (*group calendars*) déplacent les enjeux du contrôle individuel vers une logique de coordination et de visibilité collective :

> « Le calendrier électronique est essentiellement une base de données organisée selon des dimensions temporelles (heures, semaines, mois et années), dans laquelle les utilisateur·ices peuvent inscrire leurs rendez-vous, leurs activités, etc. Sa fonction de base est similaire à celle du calendrier papier traditionnel : il rappelle aux utilisateur·ices l'heure et le lieu des activités perti-

> nentes et sert d'archive leur permettant de suivre l'histoire de leur vie (professionnelle) » (Hooff, 2004, 104)

Mais cette collectivisation n'est jamais complète : elle engendre des tensions, des résistances, des usages détournés. Comme le rappelle Bart van den Hooff (2004), l'intégration des calendriers numériques dans les environnements professionnels repose sur un partage d'informations qui relève d'une forme d'action collective, et donc d'un certain « coût moral » (Hoof, 2004), soulignant la nécessité de penser la coordination entre artefacts multiples. Dittmar et Dardar (2015) rappellent l'existence d'une multitude de formats papier encore en usage malgré la numérisation – 150 formats dans le cadre de leur étude (*ibid.*, 2) : des agendas spécifiques pour les rendez-vous, des agendas journaliers, des agendas de différentes tailles et avec différents « extras », etc. Ce foisonnement témoigne d'un besoin de flexibilité, d'appropriation et de personnalisation. Les débats restent vifs dans les organisations et chez les concepteur·ices d'outils sur la manière d'articuler ces artefacts, de les faire dialoguer, et de maintenir une forme d'ordre négocié du temps dans des environnements de travail toujours plus complexes.

Les études portant sur les artefacts de gestion du temps laissent néanmoins le travail des secrétaires (encore une fois) invisible, bien qu'elles soient présentes dans de nombreux types d'organisations. Or, historiquement, les secrétaires ont toujours été les gardiennes du temps des autres : elles ont organisé, rempli, modifié, négocié les plannings de leurs supérieur·es. À fortiori, si leur contribution à l'organisation du temps des autres n'est pas étudiée, leur propre temps – leur agenda personnel – l'est encore moins. Ainsi, lorsque Judy Wajcman souligne l'émergence du « calendar work » comme une nouvelle forme de travail, elle semble oublier que ce travail a toujours été exercé par les secrétaires, avant que les professions intellectuelles et les cadres s'y mettent à leur tour, pour leur propre compte : « le travail calendaire devient une nouvelle tâche en soi, une forme de travail qualifié ou de compétence qu'il faut cultiver » (2019, 7). Cette compétence, malgré sa démocratisation récente liée à l'informatisation des environnements de travail, reste une compétence encore largement attribuée aux secrétaires dans de nombreuses organisations comme les hôpitaux.

Les secrétaires derrière les plannings

Je propose ainsi d'étudier plus précisément les opérations de programmation prises en charge par les secrétaires médicales, notamment la manière dont ces opérations s'inscrivent dans des logiques graphiques qui s'articulent autour d'un horror vacui institutionnel proscrivant « la case vide ». La souplesse que les se-

crétaires négocient peut s'opposer à une rigidité graphique de certains outils, ou bien se reposer sur les bricolages rendus possibles par certains d'entre eux.

Assouplir les plannings

Alors que j'observe Salma* vaquer à ses occupations, un médecin s'approche d'elle et lui demande d'ajouter une consultation sur la « journée la plus souple ». Cette expression m'interpelle : qu'est-ce que la souplesse a à voir avec un planning fait de lignes rigides ?

Salma* m'explique que ce médecin a l'habitude de faire du surbooking, c'est-à-dire de programmer plus de consultations que le planning ne peut théoriquement en contenir. Pour programmer cette consultation, elle doit « faire des comptes d'apothicaire », selon ses propres termes, pour comparer le nombre de consultations pour chacune des journées qui arrivent. « On passe notre temps à compter ! », me dit-elle. Lorsque le nombre de consultations est égal sur deux jours, ce sont d'autres paramètres qu'elle mobilise, comme le type de consultations ou de patient·es. Elle choisit par exemple une journée où il n'y a pas de patient·es âgé·es ou qui arrivent en brancard, car elle sait que ces consultations sont plus longues et soumises à plus d'imprévus.

La souplesse invoquée par le médecin est ainsi plus une incantation qu'une réalité des pratiques des secrétaires, qui doivent faire appel à de nombreuses ressources pour faire exister cette souplesse. Il y a d'abord un certain nombre de paramètres à prendre en compte pour sortir du cadre établi par le planning tel qu'il est donné par le logiciel de gestion des rendez-vous. En premier lieu, la durée standard des consultations : elle est établie à 15 minutes pour les consultations des médecins et à 5 minutes pour les consultations des infirmier·ères. Cette durée est pourtant loin de la réalité : les consultations infirmières peuvent prendre jusqu'à 30 min, ce qui rend le planning caduque. Les secrétaires connaissant ce problème, et ont pris l'habitude d'espacer ces consultations pour éviter les embouteillages. Les secrétaires doivent également apprendre à gérer des annulations massives : un seul médecin qui annule une demi-journée de consultations correspond à 15 à 20 patient·es qu'il faut contacter pour reprogrammer un rendez-vous. Elles doivent également s'habituer à des demandes qui ont pour objectif de simplifier la vie des patient·es et des médecins, mais pas celles des secrétaires : par exemple, le cumul dans la même journée de deux consultations pour un·e même patient·e avec des professionnel·les différent·es (anesthésiste et urologue) est un véritable casse-tête car les plannings sont tous surchargés.

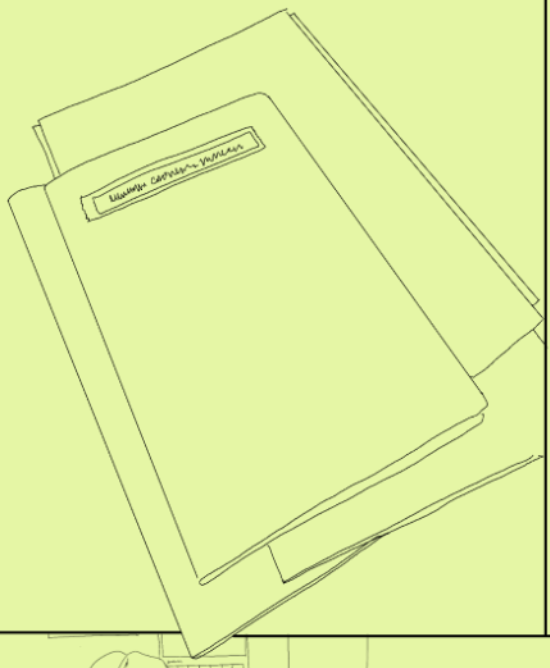
Pour appréhender ces difficultés, les secrétaires ont à leur disposition un certain nombre d'outils ou de « combines ». Les codes couleurs disponibles sur les outils de planification sont ainsi d'une grande aide : si les codes couleurs par défaut du logiciel ne sont que rarement utilisés, les secrétaires en ont créé de nouveaux (CYSTO, Téléconsultation, BUD, LEC, etc.), ce qui leur permet de se repérer en un coup d'oeil sur les plannings. En prévision d'éventuelles urgences, elles laissent également des créneaux vides lorsqu'elles annulent des rendez-vous. Toutes ces pratiques cumulées permettent de créer, tant bien que mal, une forme de « souplesse » dans l'organisation des consultations.

La souplesse, ici, n'est donc pas donnée. Elle est le résultat d'un travail constant de recalibrage et d'anticipation que l'on peut associer à un travail d'articulation : « tout acte professionnel implique un ensemble d'actes liés effectués par d'autres travailleur·euses » (Strauss, 1985, 7). La programmation des consultations, loin d'être une opération mécanique, est ainsi constituée d'une série d'ajustements rendus possibles par la connaissance fine des secrétaires de l'activité médicale, des flux de patient·es, des habitudes des professionnel·les, des dysfonctionnements récurrents. Elles sont responsables d'une cohérence temporelle fragile, obtenue par des moyens souvent détournés du cadre formel.

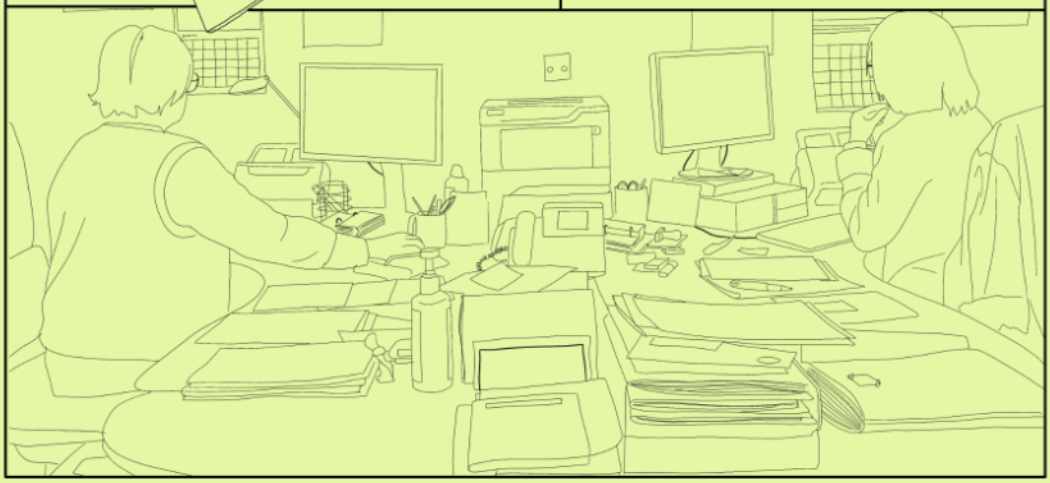
Cette flexibilité s'exerce aujourd'hui principalement à travers des outils numériques, où les secrétaires gèrent non plus les agendas personnels des médecins mais des plannings globaux d'activité. Pourtant, dans certains services, ce travail de programmation repose encore sur des supports papier. C'est le cas en psychiatrie, où les agendas papier sont encore très utilisés par les médecins, même les plus jeunes. Dans les services que j'ai pu visiter, chaque matin, ils et elles viennent à tour de rôle récupérer le leur, mis à jour, au secrétariat. Ces agendas sont doublés par un enregistrement des consultations sur le logiciel de gestion de rendez-vous. À ce doublon de l'agenda papier et numérique, s'ajoute une multiplication des agendas pour les médecins qui travaillent dans plusieurs structures médicales et médico-sociales : les secrétaires des différentes structures doivent alors trouver le moyen de coordonner et mettre à jour le plus efficacement possible ces plannings. Monique* et sa collègue passent ainsi beaucoup de temps au téléphone avec d'autres secrétaires pour arranger ces agendas qui sont de véritables casses-tête. S'ajoute à cette difficulté l'instabilité des rythmes de vie des patient·es, souvent en situation de précarité, ce qui amène à reprogrammer beaucoup de consultations. Comme les secrétaires n'ont pas la main sur les agendas – les médecins doivent valider chaque consultation –, ces dernières multiplient les appels auprès des patient·es pour proposer des dates, puis valider la date confirmée par le médecin. Finalement, les erreurs et doublons sont courants, malgré les efforts des secrétaires.

L'agenda papier : un objet de négociation

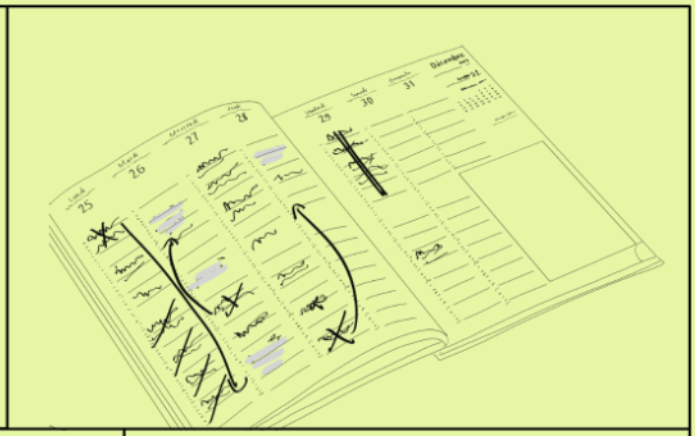
Sur le bureau d'Isabelle*, on trouve un grand cahier moucheté noir et rouge, dont la reliure ne tient plus que grâce à des patchs de ruban adhésif. L'usure de ce cahier indique son usage quotidien : on peut supposer qu'il est abîmé par de nombreuses manipulations et déplacements d'un bureau à l'autre, d'une pièce à l'autre.

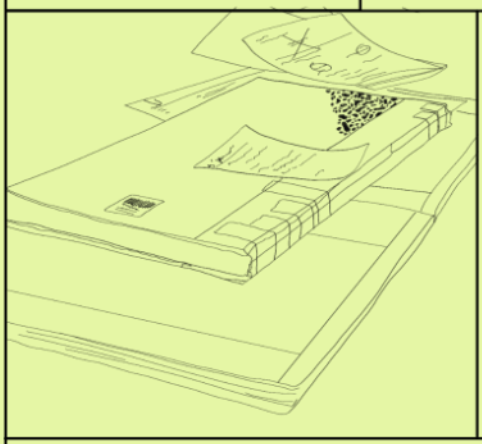


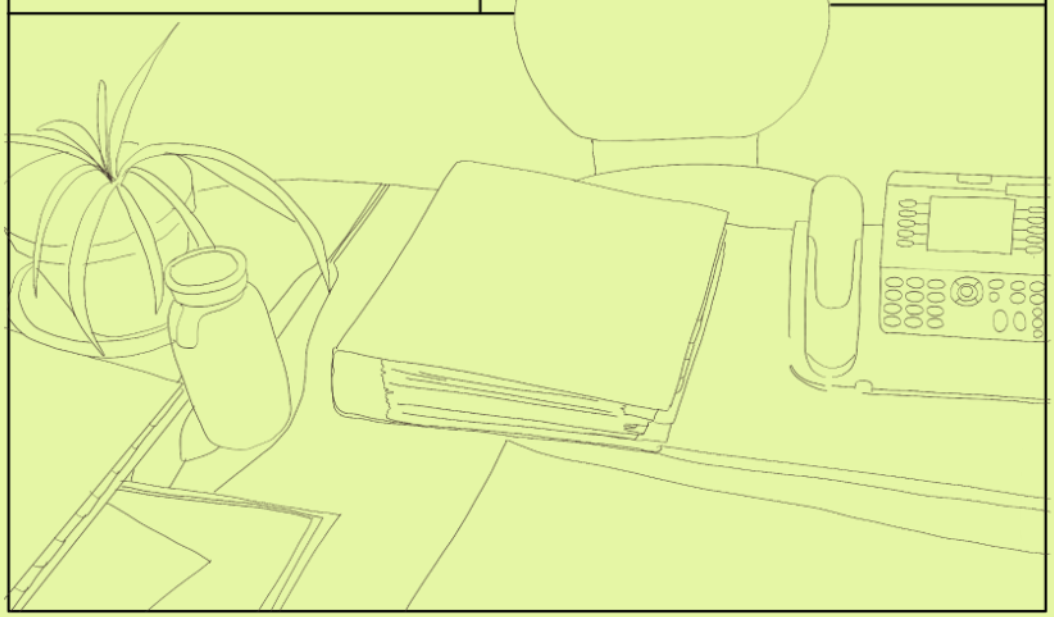
Mes interrogations trouveront rapidement des réponses ce jour-là par l'arrivée de la seule psychiatre de ce service, qui vient discuter avec Isabelle* de son programme de la journée et des semaines à venir. Elle s'assoit en face d'elle et saisit le cahier, qu'elle feuillette avec conviction, tournant rapidement les pages pour trouver les jours qui l'intéressent. Sur les pages qui défilent, on aperçoit du bleu, du noir, du rouge, des flèches, des ratures, du blanco, des colonnes barrées, des lignes qui se chevauchent : ces annotations, qui semblent à première vue anarchiques, font sens pour la psychiatre, qui note à côté de certains rendez-vous des indications, tout en discutant avec Isabelle*. Cette dernière parcourt pendant ce temps son cahier d'appels pour vérifier si elle doit lui communiquer de nouvelles demandes de consultations. Contrairement à de nombreux services qui utilisent un logiciel permettant aux secrétaires médicales de programmer directement des consultations, sur la base de créneaux choisis par les médecins, Isabelle* doit consulter la psychiatre pour chaque demande. Ce choix, qui semble « préhistorique » pour beaucoup de secrétaires, est justifié par la psychiatre par une très grande spécificité des patient·es dont elle s'occupe, qui connaissent des situations de vie précaires et doivent faire l'objet d'une réflexion particulière quant à la programmation de leurs rendez-vous.



Une autre raison à cette organisation basée sur des supports en papier est liée à la création récente du poste d'Isabelle*, il y a deux ans. Avant, il n'y avait pas de secrétaire, et la psychiatre gérait seule ce même agenda papier. La collaboration entre les deux femmes est encore en construction.







La souplesse des plannings à l'hôpital a donc des limites. C'est le cas lorsque les supports se multiplient, mais aussi quand les outils utilisés ne sont pas adaptés à la complexité de l'activité. L'agenda proposé par Outlook, utilisés en médecine légale pour programmer des autopsies ou des consultations, révèle l'inadaptation des formats standards aux exigences de coordination hospitalière : absence de personnalisation des codes couleur, entrées manuelles fastidieuses, impossibilité d'automatiser des durées variables. Ces rigidités logicielles contrastent avec l'intelligence d'usage développée par les secrétaires dans d'autres contextes, où elles inventent leurs propres moyens de voir et de manier le temps. En définitive, la souplesse que l'on attend des plannings hospitaliers n'est ni naturelle ni automatique : elle est le produit d'un travail. En analysant le rôle des secrétaires médicales dans la (re)production de cette infrastructure graphique du temps, on comprend que la programmation hospitalière n'est pas seulement affaire de technique, mais de négociation constante entre logiques collectives, contraintes organisationnelles, et pratiques situées. Entre la case vide et la case qui déborde, les secrétaires maintiennent un équilibre précaire.

Présences graphiques de l'urgence

S'il est commun de penser l'urgence comme une donnée clinique avant tout (un·e patient·e est en danger), cette première appréhension doit rapidement être approfondie : l'urgence est aussi un objet graphique, une catégorie administrative, une temporalité encadrée par des procédures qui engagent des formes d'anticipation, de négociation, voire de contournement. Le traitement de l'urgence, dans la variété de ses nuances, fait ainsi partie des opérations de programmation que j'ai déjà commencé à décrire : ces opérations reposent notamment sur des objets graphiques de différentes natures.

Les secrétaires médicales occupent une position charnière dans la prise en charge administrative de ces différentes nuances d'urgence. Si elles ne diagnostiquent pas l'urgence médicale, elles en assurent l'effectivité organisationnelle. Leur travail consiste à l'interpréter : en lisant entre les lignes d'une fiche, en traduisant la demande d'un policier ou d'un médecin, en arbitrant entre plusieurs consultations, en anticipant les effets d'un retard. Cette appréhension de l'urgence est d'autant plus délicate que les secrétaires doivent jongler entre plusieurs temporalités : celle, formelle, du planning hospitalier (souvent découpé en unités rigides de 15, 30 ou 60 minutes) ; celle, incertaine, des flux de patient·es et des aléas médicaux ; celle, morale, de l'urgence ressentie par les patient·es, qu'il s'agit de prendre en compte. Dans cette articulation, le rôle des secrétaires ne se limite pas à remplir des cases : elles doivent faire tenir ensemble des impératifs contradictoires.

Leur expertise repose alors autant sur leur connaissance fine des circuits de soin que sur leur capacité à mobiliser et bricoler des outils graphiques adaptés à des situations fluctuantes. Ces dispositifs matérialisent ce qu'on pourrait appeler des présences graphiques de l'urgence : des inscriptions qui permettent aux équipes de soin de classer, prioriser, reprogrammer, rappeler, tout en maintenant une continuité dans l'activité du service.

La première présence graphique de l'urgence se matérialise dans un code coloré normé au niveau de l'hôpital, utilisé pour trier les patient·es qui arrivent dans le service des urgences en fonction de la gravité de leur condition médicale. Ce code couleur est utilisé sur le logiciel de « géolocalisation » des patient·es dans le service : sur une carte interactive, on suit la progression de chaque patient·e, matérialisé par une vignette rectangulaire colorée. En rouge, les urgences absolues, en orange, les urgences relatives de moyen terme (prise en charge sous 60min), en jaune les urgences relatives (prise en charge sous 90min), en vert les cas non urgents qui seront pris en charge par une « filière courte », et enfin en gris, les patient·es en attente de classement par un·e infirmier·ère ou en attente d'hospitalisation. Ce code couleur permet de lire l'activité : trop de vignettes rouges et le service se retrouve en forte tension, trop de vignettes grises et ce sont les infirmier·ères qui peinent à absorber le nombre d'entrées dans le service. Pour suivre de manière encore plus précise l'activité, l'interface du logiciel propose d'entourer en rouge, en plus de leur couleur principale, les vignettes dont le délai de prise en charge a été dépassé (en fonction du type d'urgence identifié au départ).

On retrouve d'autres types de présences graphiques directement inscrites sur des documents médicaux. Les fiches de demande d'examen en radiologie par exemple sont souvent annotées à la main par les médecins. On y lit des mentions comme « URGENT », « RAPIDEMENT », « DÈS QUE POSSIBLE », parfois soulignées ou encadrées. Ces formulations, loin d'être standardisées, renvoient à une palette de nuances que les secrétaires, par leur connaissance fine des contextes et des styles des émetteur·ices, peuvent interpréter.

Viennent ensuite des dispositifs mis en place pour parer aux effets matériels de l'urgence, et notamment la production documentaire qui en découle. Dans les secrétariats, on trouve souvent une bannette dédiée aux demandes urgentes, un trieur réservé aux dossiers incomplets mais pressants, ou des intercalaires colorés indiquant des priorités implicites. L'usage de post-its ou d'étiquettes colorées permet aussi de signaler des situations à surveiller. Ces dispositifs sont rarement prescrits dans les procédures formelles : ils relèvent d'un ordre local, construit au fil de l'eau.

Une autre forme graphique consiste à manipuler les plannings pour y négocier des espaces prévus pour les situations urgentes. Nous avons vu qu'un planning à

l'hôpital ne reste jamais longtemps vide, les secrétaires ne peuvent donc pas seulement laisser les plannings respirer, elles doivent simuler une activité (qui reste incertaine) en créant un code graphique dédié. En médecine légale, ces espaces planifiés « au cas où » sont quotidiens, et dépassent parfois même l'activité programmée. Dans d'autres services, comme en radiologie, les créneaux réservés aux urgences sont plus rares, bien qu'indispensables, à l'échelle d'une semaine par exemple. Ces espaces sont laissés vides de manière stratégique afin de pouvoir y placer, au dernier moment, des consultations ou examens imprévus. Il s'agit de réserves temporelles, construites contre la linéarité du planning, qui permettent aux secrétaires d'absorber une partie de l'aléa. Ce sont des blancs organisés, des interstices mobilisables. L'urgence s'inscrit ici comme un désordre anticipé, intégré dans la planification.

Enfin, lorsque les éléments nécessaires à la programmation ne sont pas encore réunis – par exemple, une réquisition non encore transmise –, mais que l'urgence oblige tout de même à faire avancer les choses le plus rapidement possible, les secrétaires ont recours à des inscriptions conditionnelles ou temporaires. Elles impriment une capture d'écran du planning, enregistrent un rendez-vous fictif, marquent un créneau en attente. Ces formes provisoires permettent de tenir ensemble le probable et l'incertain, et de préserver une trace de l'urgence même en l'absence de légitimation administrative complète.

Dans toutes ces situations, l'urgence se rend présente graphiquement. Elle prend forme dans des inscriptions, des marques, des systèmes de classement, qui traduisent l'aléa en organisation. Ce travail, bien que rarement reconnu comme tel, repose sur une compétence spécifique : faire exister l'imprévu dans un monde de cases, en mobilisant des outils flexibles.

Des objets de mise à distance des secrétaires médicales

D'une certaine manière, j'ai observé dans les secrétariats ce que Bruno Latour a observé dans le bureau de Mme Baysal à l'école des Mines (Latour, 2021) :

> « dans l'étroit bureau aux boiseries de chêne, ni les centaines d'élèves, ni les dizaines d'enseignants, ni les salles ne pourraient tenir assemblés. Elle ne les voit tous à la fois, synoptiquement, qu'à la condition qu'ils restent au-dehors, et qu'elle ne traite avec soin que des fourmillements de signes qu'elle a disciplinés par des règles simples. [...] Elle domine bien du regard l'ensemble de ce qui nous tient tous ensemble attachés [...] mais à condition qu'elle ne lève pas les yeux de son planning, qu'elle ne voit pas les élèves, qu'elle ne bavarde pas avec les professeurs, qu'elle ne passe pas son temps à se promener au-dehors éblouie par le soleil » (*ibid.*, 26)

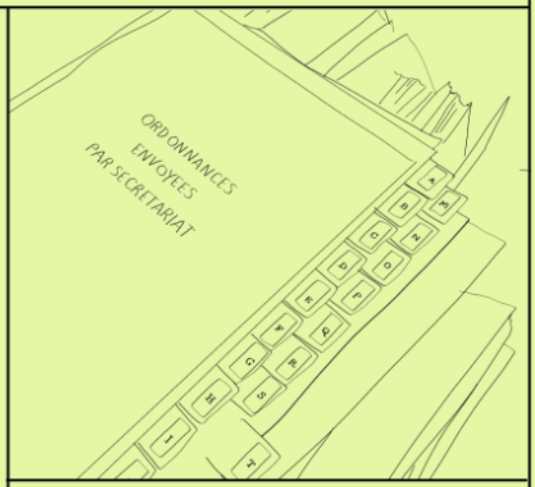
Si l'on revient à l'hôpital, les opérations de programmation que j'ai décrites reposent sur une série d'objets graphiques (des inscriptions, si l'on reprend les termes de Latour) qui donnent à voir l'état du service, les créneaux disponibles, les flux de patient·es. Ces objets, s'ils permettent une relative maîtrise du temps, participent aussi à une forme de mise à distance des secrétaires médicales. Dans certains services, ces dernières n'ont pas, ou peu, de raisons d'interagir avec les patient·es, ce qui les coupe de ce que certain·es nomment le « cœur du soin ». Les plannings qu'elles manipulent deviennent ainsi un prisme de perception particulier de l'activité du service.

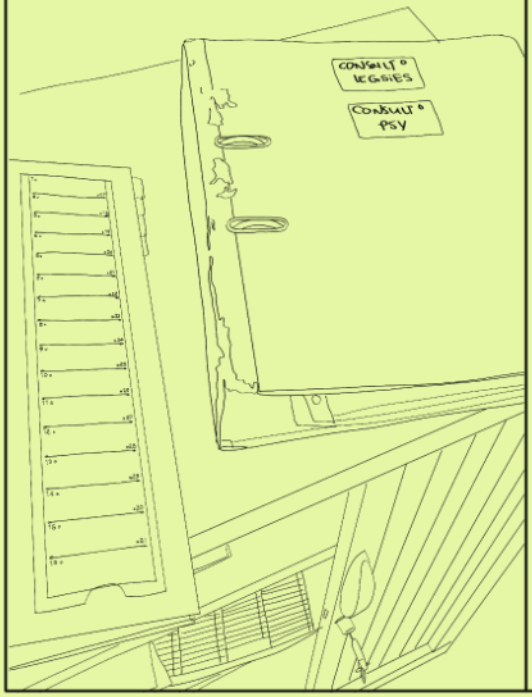
Cette mise à distance est particulièrement marquée dans les services où les secrétaires sont exclusivement dédiées à la programmation, sans fonction d'accueil. L'interface graphique du planning, même s'il est complété d'interactions téléphoniques, réduit le lien des secrétaires aux patient·es – un lien fragmenté, médié par des lignes, des cases, des clics. Les outils informatiques standardisés (logiciels de rendez-vous, dossiers patient·es informatisés) ne laissent que peu de place à une inscription matérielle de l'expérience du soin. À l'inverse, certains dispositifs hybrides permettent de réintroduire de la matérialité dans le travail graphique. C'est le cas de la fiche imprimée de consultations en urologie, annotée, raturée, marquée d'étiquettes, transformée au fil de la journée en cartographie manuelle des mouvements des patient·es. Cette fiche, pourtant produite à partir d'un logiciel, redevient un objet de terrain, circulant entre les mains, se couvrant de signes qui témoignent d'une attention particulière à la rencontre avec les patient·es.

Entre le secrétariat sans patient·es et le secrétariat tourné vers les patient·es, différentes variations de cette abstraction de l'activité du soin coexistent à l'hôpital, et produisent aussi différentes façon d'être secrétaire médicale.

L'urgence médico-légale

L'organisation incertaine des journées de consultation a des conséquences directes sur la gestion administrative des dossiers des victimes, obligeant les secrétaires à déployer des systèmes adaptatifs de gestion des documents. Dans le bureau de l'UMJ, les secrétaires ont ainsi développé 3 trieurs. Le premier est un classeur bleu qui regroupe les « réquisitions sans rendez-vous », qui correspondent aux situations où les secrétaires reçoivent une réquisition par mail ou par courrier mais pas de coup de téléphone de la part de l'officier·ère de police judiciaire pour programmer un rendez-vous. Le deuxième regroupe les rendez-vous sans réquisition, chacun d'entre eux étant matérialisé par une capture d'écran imprimée du planning : très fréquemment, les officier·ères appellent le secrétariat pour programmer un rendez-vous mais ils tardent ensuite à envoyer la réquisition.





Si les secrétaires ne devraient en principe pas prendre ces rendez-vous, elles accèdent tout de même à ces demandes pour fluidifier l'activité. Il arrive parfois que les réquisitions n'arrivent qu'après les consultations. Enfin, le troisième trieur, le plus épais, regroupe les rendez-vous programmés avec réquisition : dans chaque intercalaire qui correspond à une date du mois (numérotées de 1 à 31), sont glissées des pochettes transparentes colorées. Chaque couleur correspond aux différents médecins effectuant des consultations ce jour-là. Les pochettes sont classées par ordre de consultation, décorées chacune d'une post-it indiquant la date de la consultation. Ainsi, ces différents dispositifs bureautiques permettent aux secrétaires d'avoir une vue d'ensemble de leur activité malgré les aléas liés à l'urgence : suivre les consultations qui ont lieu sans problème particulier, ou bien se saisir des dossiers auxquels il manque des éléments.

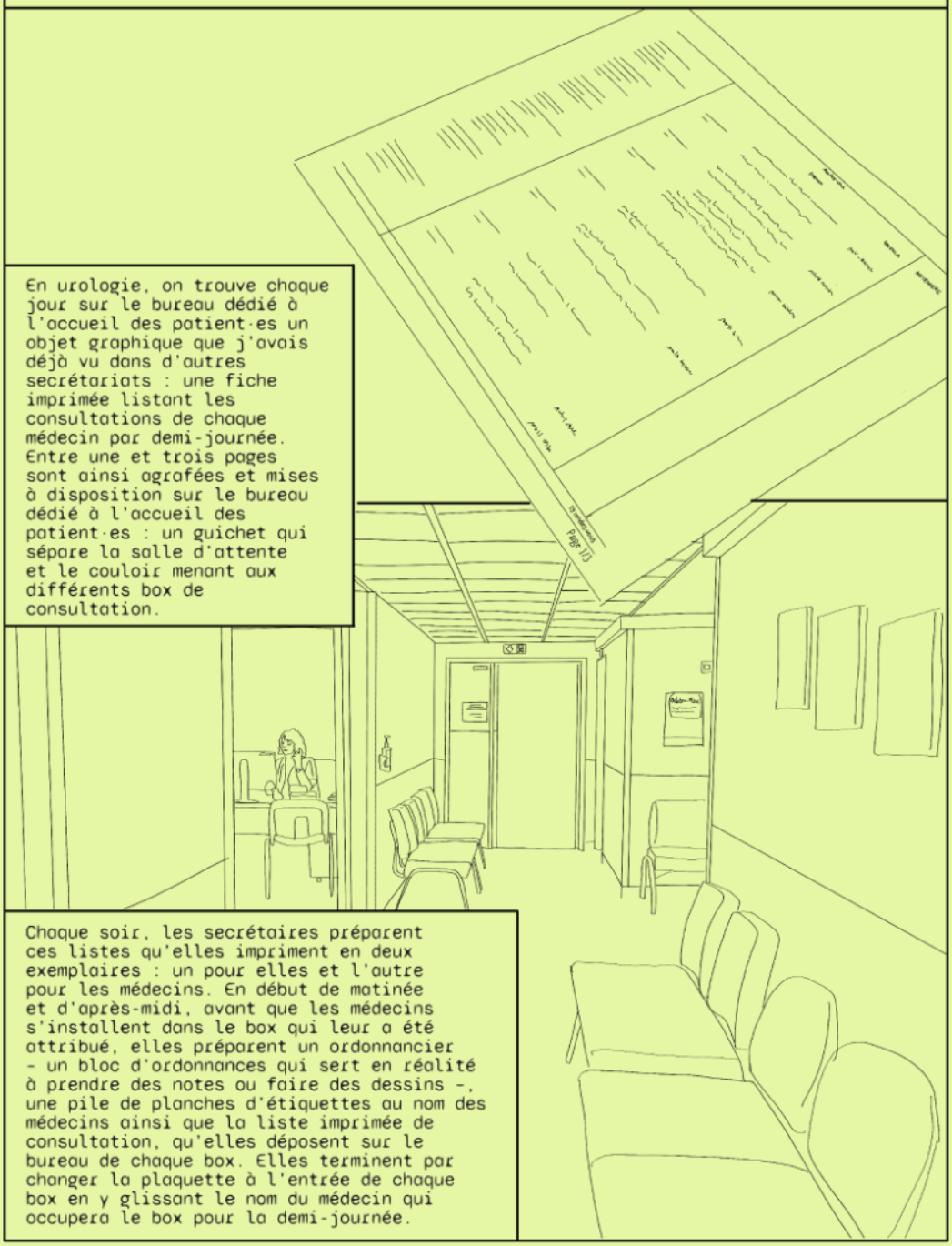
L'une des missions principales des secrétaires de l'unité médico-judiciaire est la programmation des consultations de victimes auprès des médecins légistes. Cette mission repose en premier lieu sur la connaissance d'un environnement administratif complexe au sein duquel une variable d'ajustement peut tout changer : l'urgence. La prise en charge de victimes d'agressions, de viols, de violences intra-familiales, d'accidents du travail est toujours urgente, soit parce que les traces corporelles doivent être constatées rapidement (c'est le cas pour les viols notamment) soit parce que la gravité des faits, même s'ils sont dénoncés des années après qu'ils aient eu lieu revêtent souvent un caractère urgent pour les victimes.

Si l'évaluation de l'urgence est ici bien différente de celle que l'on rencontre dans le service des urgences, car il ne s'agit pas de soigner mais de constater, les secrétaires prennent grand soin de l'articulation de l'urgence perçue par les victimes et celle structurée par le service pour organiser son activité. Les consultations sont ainsi organisées selon plusieurs typologies, dont certaines ne peuvent pas être programmées à l'avance, il faut réserver des créneaux chaque jour pour ces cas de figure : les consultations qui font suite à une plainte (programmées), les consultations après un passage aux urgences (non programmées), les consultations des victimes dont l'agresseur est en garde à vue (non programmées) et les consultations sans plainte (programmées).

La durée de ces différents types de consultations a fait et fait toujours l'objet de débats entre les médecins légistes. Certains consultent en moins de 30 minutes, d'autres veulent 1h voire plus : recevoir une victime de violences implique d'entendre une histoire complexe, d'examiner un corps meurtri, ce qui est difficilement quantifiable. Au bout de ces débats, un enjeu très pragmatique : quelle durée standard programme-t-on sur le planning géré par les secrétaires médicales ? Le consensus a acté d'une durée de 30 minutes par consultation.

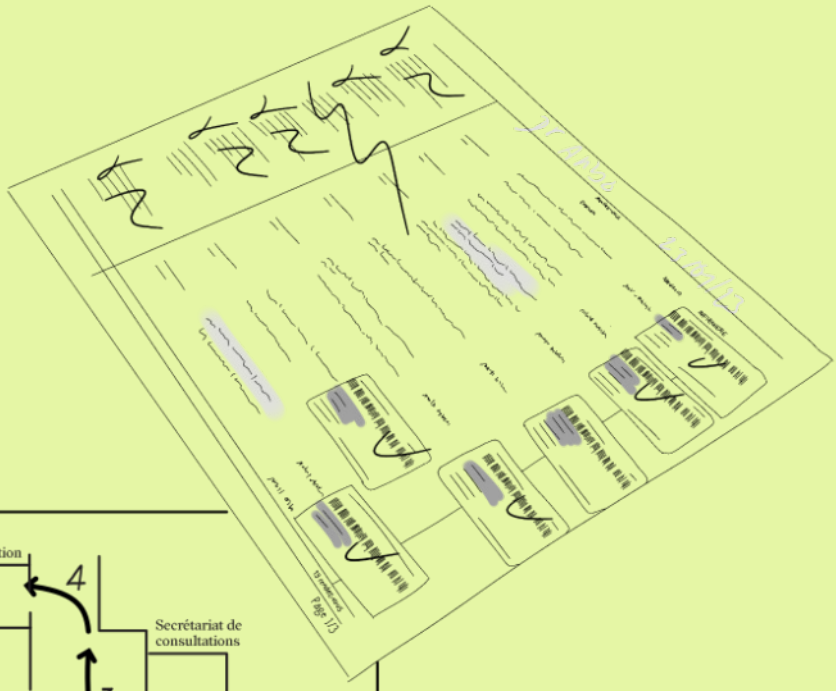
Les secrétaires doivent jongler quotidiennement avec un agenda découpé en tranches de 30 minutes, qu'elles savent peu fiables. Les journées sont entrecoupées de créneaux réservés aux urgences qui ne sont parfois pas suffisants. Il n'est donc pas rare que les secrétaires doivent reprogrammer des consultations « non urgentes » : il faut alors appeler une victime et l'informer de ce changement, sans jamais insinuer que sa situation n'est pas grave, pas urgente, pas importante. Les secrétaires ont ainsi développé des formulations alternatives : « nous sommes désolé·es, nous avons un problème d'agenda, serait-il possible de reprogrammer votre consultation ? »

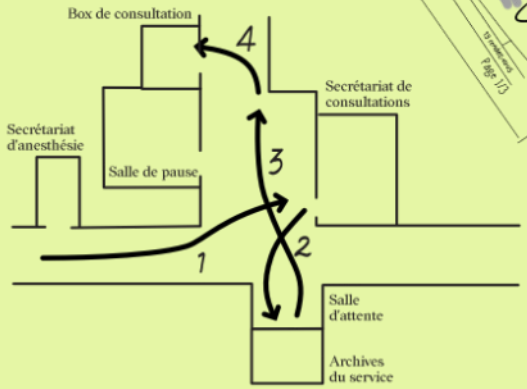
La fiche imprimée des consultations



La fiche imprimée des consultations constitue, tout au long de la journée, un véritable fil d'ariane pour les secrétaires qui sont chargées d'accueillir les patient·es, de fluidifier l'occupation des deux salles d'attente, de « coder » les actes de consultations, et de procéder à la prise de nouveaux rendez-vous. Ce qui est au début de la journée une feuille imprimée vierge de toute inscription manuscrite, se retrouve en fin de journée ornée de nombreux signes graphiques correspondant à différentes étapes de la prise en charge d'un·e patient·e. La fiche imprimée évolue avec les déplacements des patient·es dans le service, faisant de ce document un objet d'articulation de l'information ancrée dans l'espace et dans le temps.

Lorsqu'un·e patient·e se présente à l'accueil pour annoncer son arrivée, Salma* lui demande une étiquette, qu'elle colle sur la fiche imprimée, dessine une croix au stylo sur le nom du ou de la patient·e, puis lui indique une première salle d'attente. Si le ou la patient·e a bien été « accueillie » sur le dossier patient informatisé par les agent·es du bureau des admissions, elle appose un « V » sur l'étiquette. Lorsqu'elle appelle le ou la même patient·e à avancer dans la seconde salle d'attente, elle dessine une vague au stylo à côté de la première croix. Lorsque le ou la patient·e ressort de sa consultation, il ou elle repasse par le secrétariat pour (éventuellement) reprendre un rendez-vous. Une fois reparti·e, Salma* « cote » l'activité (soit une consultation première fois, soit une consultation de suivi) et « fluote » l'étiquette en rose lorsque c'est fait.



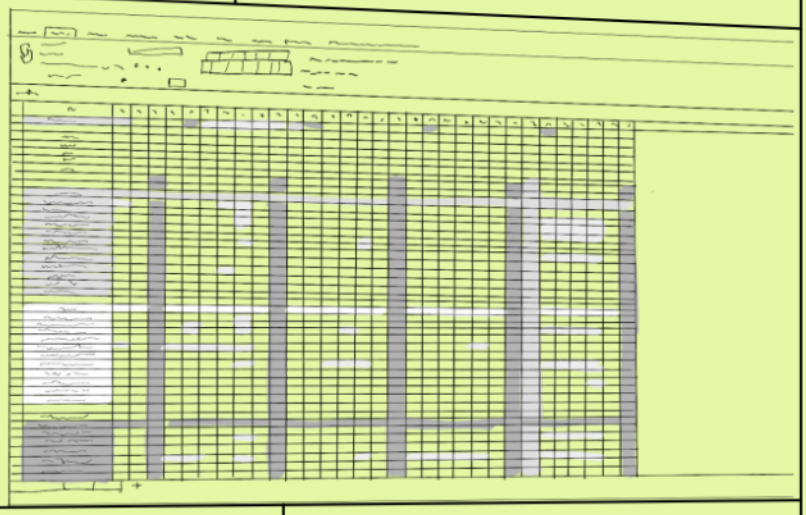


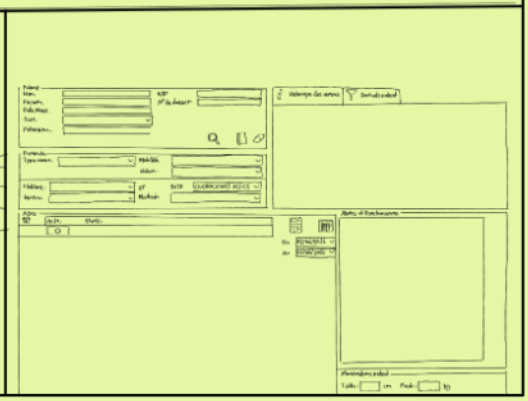
Cette fiche s'avère utile pour les secrétaires mais également pour toute l'équipe soignant·e du service. Lorsqu'une infirmière interpelle Salma* : « Monsieur [nom du patient], il est passé où, il est parti, il est où ? », Salma* sait lui dire s'il est en salle d'attente, s'il ne s'est pas présenté ou bien s'il est reparti.

Le double écran : Survoler les interfaces

Sur le bureau de Mélanie* deux écrans se côtoient, légèrement inclinés l'un vers l'autre, parfaitement alignés avec le regard de la secrétaire médicale qui balaie tout au long de la journée les différents onglets qui y sont ouverts. Le double écran est un privilège rare dans les secrétariats, que Mélanie* a justifié par la complexité des programmations qu'elle réalise, et qui nécessite une attention accrue sur un tableur affiché en plein écran sur son écran gauche.

Ce tableau synthétise en temps réel l'occupation des lits de son service de chirurgie ambulatoire, où des patient·es sont admis·es tous les jours et repartent le jour même. Quand elle se débrouille bien, Mélanie* peut même faire passer deux patient·es par jour dans la même chambre, en outrepassant les normes techniques qui la limitent à un·e patient·e par chambre et par jour. Elle a créé ce tableau pour pallier aux défauts du dossier patient informatisé qui, s'il peut afficher un planning de programmation pour chaque jour, ne peut pas donner une vue d'ensemble sur plusieurs semaines ou mois – une fonctionnalité essentielle pour ce travail de programmation. Qui plus est, la visualisation proposée affiche automatiquement toutes les chambres, ce qui oblige à cocher et décocher des cases pour ne visualiser qu'une chambre à la fois.



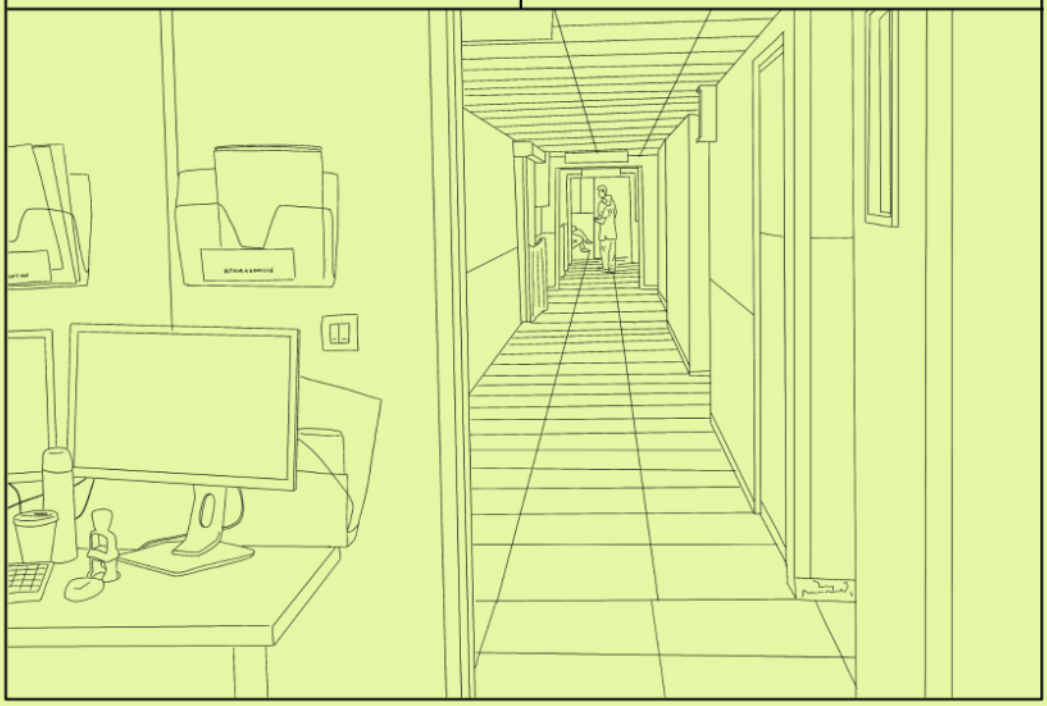


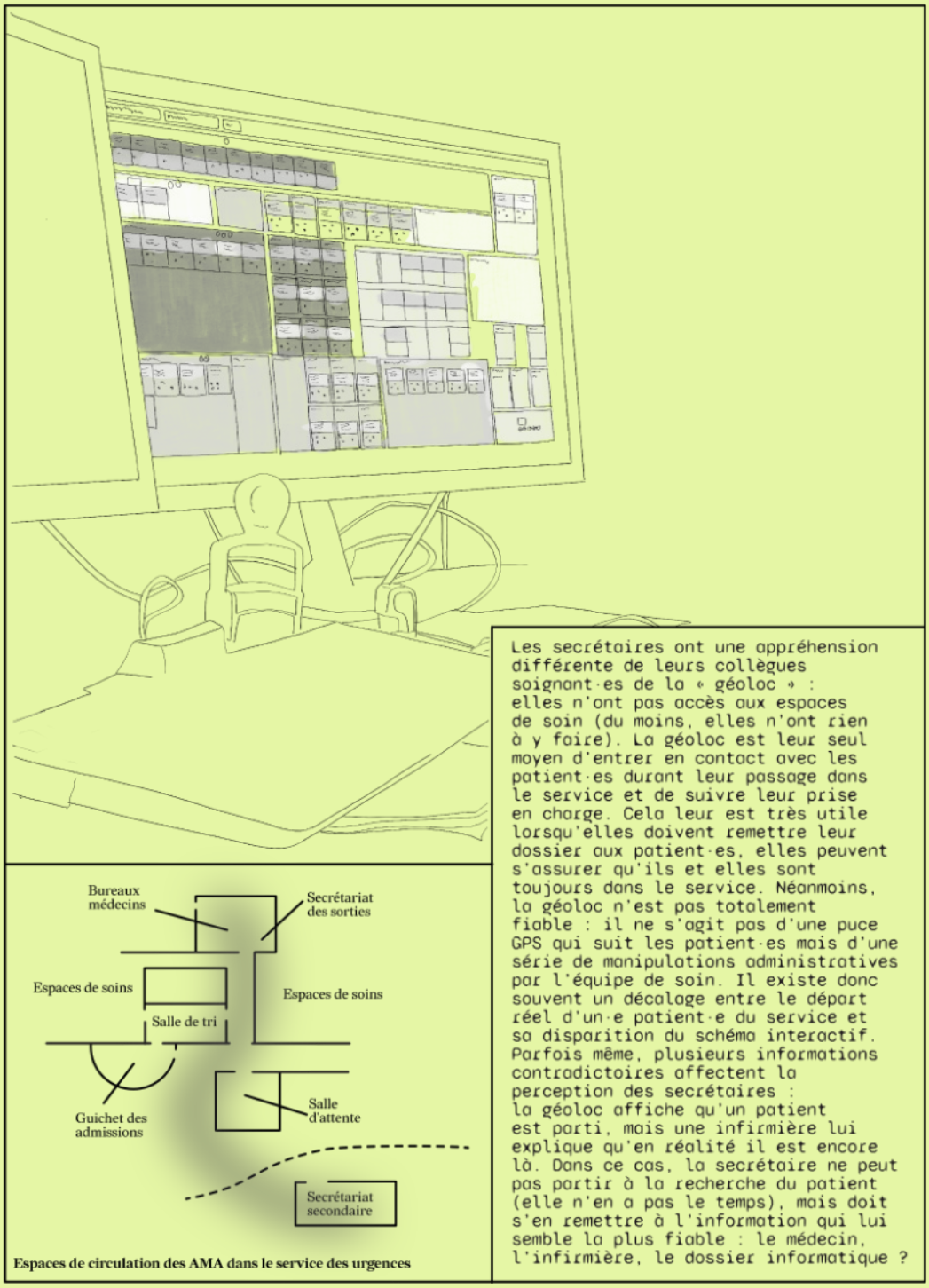
Sur l'écran de droite, Mélanie* navigue avec habileté entre différents onglets : le logiciel de prise de rendez-vous, le dossier patient informatisé, ses boîtes mails, l'intranet de l'hôpital, etc. Son regard virevolte sur ses différents écrans et témoigne de la complexité des tâches qu'elle accomplit : plus la programmation dont elle s'occupe est épineuse, plus elle ouvre d'onglets.
Si Mélanie* est la seule habilitée à modifier ce tableau, elle sait qu'il est beaucoup consulté par les infirmier·ères avec qui elle travaille. Il est donc important qu'il soit lisible par d'autres qu'elle-même. Les cases jaunes correspondent aux informations non confirmées tandis que les cases roses renvoient aux programmations confirmées.

La « géoloc » et le suivi des dossiers

Dans le bureau partagé par les secrétaires médicales, les pharmacien·nes et les médecins urgentistes, tous les postes de travail sont équipés d'un double écran. Le deuxième écran occupe une fonction bien particulière : celle d'afficher en permanence ce qui est appelé « la géoloc », c'est-à-dire un schéma interactif d'organisation de la circulation des patient·es entre différents espaces du service. Lorsque l'on rentre dans la pièce, on découvre un panorama d'écrans identiques, qui se mettent à jour à l'unisson : 3 petits points apparaissent régulièrement pour renouveler l'affichage des patient·es qui ont changé de salle ou de statut administratif, qui viennent d'arriver où qui sont repartis. Sur chaque espace de prise en charge ou d'attente, le nombre de patient·es pris en charge est affiché. En haut à droite de l'écran, le nombre de patient·es admis sur les dernières 24 heures : 182, dont 121 qui sont sortis. 577 sur les 4 derniers jours. Ce n'est pas un chiffre record, le pire reste à venir au mois d'août, quand les urgences dentaires s'ajoutent aux urgences « classiques » de l'été.

Si le schéma reprend une représentation cartographique du service (des rectangles représentant des pièces) il ne sert nullement à se repérer sur le plan spatial mais sur le plan temporel : les patient·es passent de case en case, d'espace en espace, selon des parcours pré-établis. On y retrouve par exemple des cases dédiées à la relecture des lettres de sortie des différents secteurs du service. Ces cases sont parfois utilisées de manière détournée, pour contourner la machine administrative : une secrétaire m'indique un dossier dans une case « à relire » datant de la veille. En ouvrant le dossier informatisé du patient, on comprend que ce dernier est parti contre avis médical et la médecin responsable avait mis le dossier en attente, au cas où il revienne. Certaines cases sont réservées à l'attente, mais elles ne communiquent pas nécessairement un mouvement du patient vers un espace dédié à l'attente, seulement son statut administratif : il attend d'être emmené dans un autre service ou bien une ambulance. Un patient peut passer d'un statut à l'autre sans nécessairement changer physiquement de pièce.





Espaces de circulation des AMA dans le service des urgences

Les secrétaires ont une appréhension différente de leurs collègues soignant·es de la « géoloc » : elles n'ont pas accès aux espaces de soin (du moins, elles n'ont rien à y faire). La géoloc est leur seul moyen d'entrer en contact avec les patient·es durant leur passage dans le service et de suivre leur prise en charge. Cela leur est très utile lorsqu'elles doivent remettre leur dossier aux patient·es, elles peuvent s'assurer qu'ils et elles sont toujours dans le service. Néanmoins, la géoloc n'est pas totalement fiable : il ne s'agit pas d'une puce GPS qui suit les patient·es mais d'une série de manipulations administratives par l'équipe de soin. Il existe donc souvent un décalage entre le départ réel d'un·e patient·e du service et sa disparition du schéma interactif. Parfois même, plusieurs informations contradictoires affectent la perception des secrétaires : la géoloc affiche qu'un patient est parti, mais une infirmière lui explique qu'en réalité il est encore là. Dans ce cas, la secrétaire ne peut pas partir à la recherche du patient (elle n'en a pas le temps), mais doit s'en remettre à l'information qui lui semble la plus fiable : le médecin, l'infirmière, le dossier informatique ?

L'éphéméride, un planning à soi

Dans certains secrétariats hospitaliers, on trouve encore, posé sur les bureaux, un objet presque désuet : une éphéméride, ce calendrier journalier dont on arrache chaque matin la page pour révéler celle du jour. Ce geste discret, presque rituel, semble appartenir à un autre temps : celui d'un monde où l'on marquait le passage des jours non seulement pour les autres, mais aussi pour soi. Aujourd'hui, ces éphémérides disparaissent, même si l'on en trouve encore quelques-uns dans les secrétariats que j'ai pu visiter. Avec elles, disparaît peut-être aussi une possibilité d'appropriation du temps par les secrétaires – une forme de « planning à soi ».

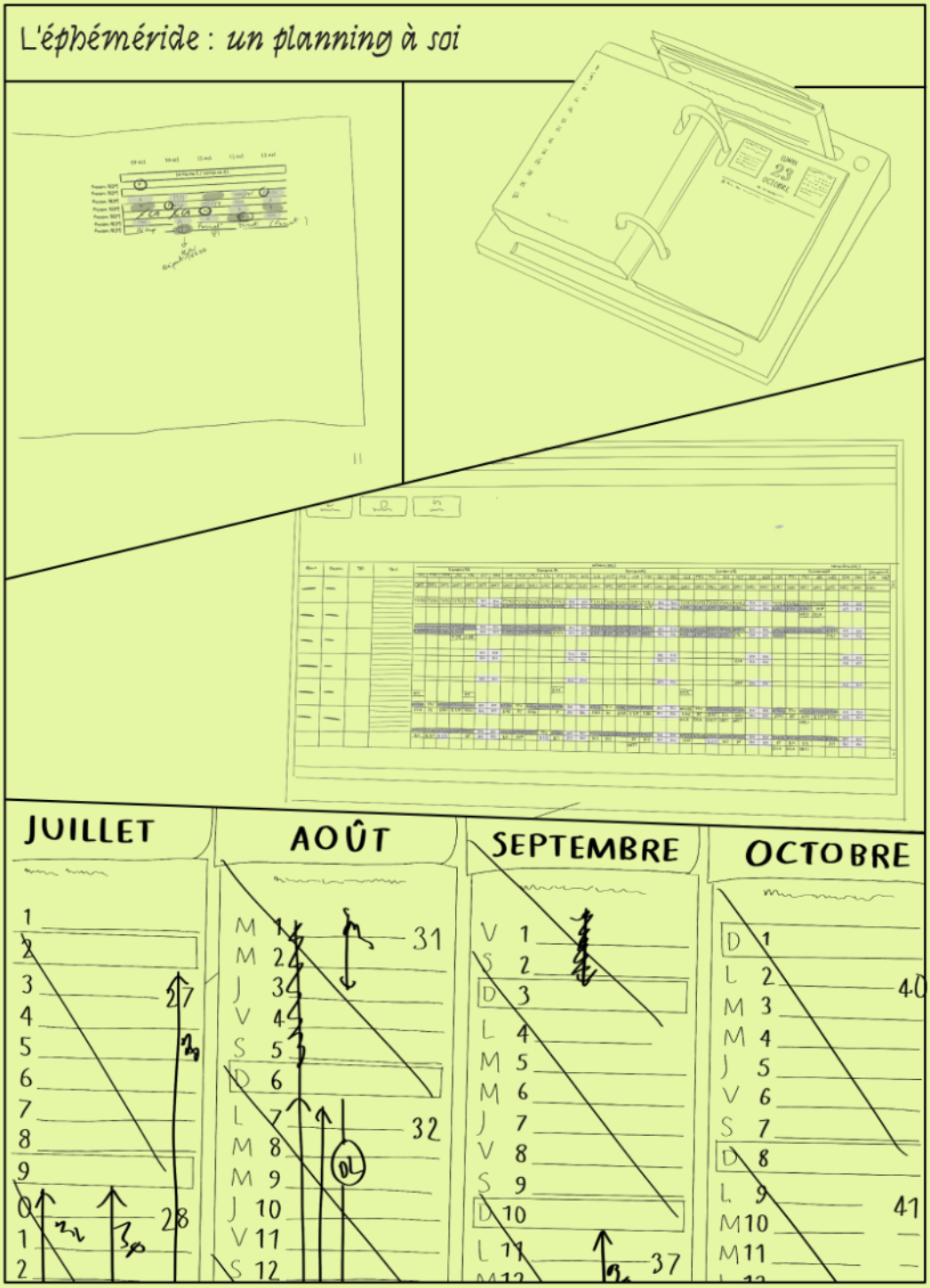
Historiquement, la gestion de l'agenda médical a toujours été une tâche déléguée, marquée par une division genrée et hiérarchique du travail. Comme le rappellent Dittmar et Dardar, les artefacts calendaires sont depuis longtemps des outils partagés, au croisement de pratiques personnelles et collectives (2015). Dans les contextes professionnels, cette dualité est résolue par la délégation : la secrétaire tient l'agenda, mais ne le possède pas. Cela explique sans doute la persistance symbolique de l'éphéméride, non pas comme outil organisationnel – il n'en a plus les fonctions – mais comme trace d'un temps à soi. Ce déséquilibre émane des inégalités de statut que décrivait Eviatar Zerubavel dans son analyse des temporalités professionnelles. Il distingue entre les fonctions dotées de flexibilité temporelle statutaire (les médecins, les cadres) et celles soumises à une rigidité d'organisation (les infirmières, les secrétaires) : « Les limites temporelles souples des engagements professionnels sont généralement associées à un statut élevé, et les limites rigides à un statut faible » (Zerubavel, 1985, 152).

Les secrétaires sont celles qui ordonnent le temps des autres, sans jamais voir reconnu leur propre temps. Elles n'ont pas de planning au sens fort du terme : leurs horaires sont fixes, certes, mais leurs journées sont morcelées, soumises à la disponibilité permanente. Elles sont appelées à toute heure pour fixer, décaler, annuler des rendez-vous médicaux (voir le chapitre 12, sur la « culture de l'interruption » dans les secrétariats). Elles reçoivent des demandes spontanées, souvent urgentes, parfois contradictoires. Leur temps s'aligne sur celui des autres.

Ce désajustement structurel entre le temps prescrit (celui qu'elles organisent) et le temps vécu (celui qu'elles subissent) produit un effacement paradoxal. Comme l'a montré Bart van den Hooff dans son étude sur le calendrier électronique, ce dernier « fait entrer les calendriers personnels dans un espace social » (2004, 104). Mais ce mouvement vers le collectif ne concerne pas tous les métiers de la même manière. Si les médecins conservent une relative maîtrise de leur agenda, les secrétaires, elles, ne possèdent pas de calendrier personnel au

sein du système. Elles en alimentent d'autres, sans que leur propre temps soit réellement perçu par les autres professions qui composent une équipe de soin. L'organisation du secrétariat et du temps des secrétaires est une affaire qui ne regarde qu'elles et leur encadrante : les plannings classiques de congés, d'absences et d'horaires, produits grâce à des logiciels de gestion de ressources humaines sont complétés par de petits plannings griffonnés à la main sur un coin de table. En gérontologie, j'ai ainsi passé ma semaine d'observation à voir un planning imprimé recouvert progressivement de ratures, d'annotations de surlignements colorés : les secrétaires négocient au jour le jour la distribution des tâches, qui correspond à des horaires spécifiques. Mais en dehors du secrétariat, personne ne connaît ce planning, car les secrétaires médicales doivent être polyvalentes et être capables de se remplacer les unes les autres, sans que le travail en soit entaché.

Aujourd'hui, on retrouve plus facilement la dimension collective du secrétariat dans des calendriers en carton rigide, souvent à l'effigie d'un syndicat, fixées au mur et sur lequel on annote des informations variées (roulement de temps de travail, vacances, événements informels dans le service, etc.). Les éphémérides individuels disparaissent au profit de ces objets qui s'affichent et qui sont partagés entre les secrétaires médicales. Ce calendrier d'ailleurs est souvent voisin d'un tableau en liège sur lequel sont accrochées des cartes postales, des faire part de naissance mais aussi des documents plus professionnels – listes de contacts, plannings divers, etc. (voir le chapitre 14 sur le rôle de la décoration dans les secrétariats).


L'éphéméride : un planning à soi
JUILLET
AOÛT
SEPTEMBRE
OCTOBRE

Ce chapitre analyse la vie graphique des comptes-rendus médicaux pour éclairer les formes de collaboration dans la production documentaire à l'hôpital. Après avoir montré que les documents hospitaliers sont des objets de négociation où se redéfinissent les relations professionnelles, le chapitre se concentre sur le compte-rendu médical comme objet privilégié d'analyse. L'étude d'un corpus de comptes-rendus met en évidence une série de variations graphiques – modèles, gabarits, marges, alignements, formules de validation, signatures – qui composent un ensemble d'objets graphiques à la fois semblables et toujours différents. Ces variations, perceptibles dans la matérialité même des documents, révèlent les modalités collaboratives du travail, et permettent notamment de qualifier le travail d'articulation des secrétaires médicales. Le chapitre conclut en montrant que ces variations graphiques mettent au jour une auctorialité distribuée, au cœur de la production médico-administrative.

Collaborer,
Coopérer,
Coordonner,
Discuter, Articuler,
(s')Adapter,
Communiquer,
Transmettre,
Bricoler,
Mutualiser,
Assister,
(faire)Circuler,
Mettre à jour,
Déléguer, Corriger,
Diriger, (s')Ajuster,
Faire faire, Editer,
(faire) Valider,
Modifier, Prioriser,
Négocier, Insister

Chapitre II

Collaboration.

La vie graphique des comptes-rendus médicaux

Ce chapitre[1] s'intéresse à un type de documents particuliers – les compte-rendus médicaux –, pour analyser la dimension collective de la production documentaire à l'hôpital. En décrivant les variations graphiques qui parcourent différents compte-rendus médicaux que j'ai croisé durant mon enquête, c'est en réalité le rôle des secrétaires médicales dans le travail collectif de production des documents médico-administratifs qu'il s'agit de qualifier. Dans le chapitre 5, j'ai décrit le secrétariat médical comme une lisière qui est traversée par un ensemble d'objets frontières (Star et Bowker, 2000, 312-13), qui permettent à différents groupes sociaux de coopérer sans nécessairement partager les mêmes visions du monde, car ils sont « suffisamment souple pour s'adapter aux besoins locaux » et « suffisamment robuste pour maintenir une identité commune sur tous les sites » (Star & Griesemer, 1989, 393). Les documents que je décrirai tout au long de ce chapitre font partie de ces objets-frontières qui se rendent indispensables à la collaboration entre différent·es professionnel·les à l'hôpital.

Je voudrais m'intéresser plus particulièrement au rôle des secrétaires médicales dans cette collaboration, en qualifiant leur contribution de « travail d'articulation », entendu comme l'ensemble des opérations (notamment graphiques) nécessaires pour assembler, ordonner et maintenir la cohérence d'un travail collectif lorsque celui-ci est distribué entre plusieurs acteur·ices aux tâches interdépendantes (Strauss, 1985 ; Schmidt & Bannon, 1992). Ce travail d'articulation se distingue ici des notions de de « coopération », caractérisée par la notion d'interdépendance dans le travail (Schimidt et Bannon, 1992, 8), ou de celle de collaboration, qui renvoient toutes deux à une certaine égalité des rapports de force entre les personnes qui travaillent ensemble, de manière interdépendante. Ce n'est pas le cas à l'hôpital, où le rôle des médecins n'est pas celui de l'infirmier·ère ou de la secrétaire, ces dernier·ères dépendant largement des pratiques des premier·ères. Le travail d'articulation ne peut être défini qu'en prenant en compte la hiérarchisation du travail de production documentaire. Dans la chaîne de production d'un compte-rendu médical, ce travail d'articulation est accompli par les secrétaires médicales (mais aussi par d'autres professions, voir : Lewkowicz et Plegat, 2025). Elles s'assurent de la circulation du document, de sa conformité, de son bon acheminement vers les bons services ou les bons destinataires, en tenant compte des aléas. L'étude du travail d'articulation met en évidence que le travail collectif ne va pas de soi : il doit être sans cesse réajusté. Ces

[1] La réflexion présentée dans ce chapitre est née d'une collaboration avec Louise Robert, sociologue intégrée au CHU de Montpellier. Nos enquêtes portant sur le travail administratif à l'hôpital et l'utilisation d'une variété d'outils, notamment le dossier patient informatisé, nous ont amenées à faire dialoguer nos résultats pour penser les modalités de la collaboration professionnelle liée à la production de compte-rendus médicaux. Cette réflexion commune a donné lieu à une communication intitulée « Du zéro papier au zéro saisie : le travail collaboratif de production de comptes rendus médicaux à l'épreuve des imaginaires technologiques », lors de la journée d'étude « Travailler (avec) les données de santé », organisée par le groupe de travail Santé numérique du Réseaux de Jeunes Chercheurs en SHS de la MSH Paris Nord.

ajustements peuvent être rendus visibles en étudiant les variations graphiques des documents médico-administratifs qui maillent la collaboration à l'hôpital.

Les documents comme objets de négociation de la collaboration

J'aimerais d'abord considérer un ensemble large de documents que j'ai pu croiser à l'hôpital et qui avaient un point commun : ces documents sont des objets de négociation du travail entre plusieurs professionnel·les de l'hôpital. Il se joue autour de ces objets graphiques un « ordre négocié » (Strauss, 1978) : ce n'est pas le document en lui-même qui stabilise les relations de travail, mais la manière dont il est repris, corrigé, validé, commenté, complété par une pluralité d'acteur·ices.

Ces négociations débutent souvent dans un espace bien précis : celui de la page A4. Dans les administrations comme dans les hôpitaux, les documents administratifs apparaissent d'abord comme des feuilles blanches de 21 x 29,7 cm, imprimées sur du papier léger (70 à 80 g), couvertes de contenus textuels en Verdana, Arial ou Calibri. Hérité du monde de l'imprimé, ce format condense à la fois des prescriptions matérielles et des attentes symboliques : « le format d'une page désigne un ensemble de mesures relatives à ses dimensions et à sa disposition. Il opère à la fois comme un descripteur raisonné [...] et comme un prescripteur normatif » (De Mourat, 2020, 33). La page A4, par son caractère familier et standardisé, semble offrir un socle solide de l'ordre administratif tel qu'il semble s'exercer à l'hôpital. Pourtant, cet ordre n'est qu'un effet de surface. Comme le rappelle l'historienne Bonnie Mak, « l'architecture de la page » repose toujours sur un « enchevêtrement complexe et réactif de plates-formes, de textes, d'images, de marques graphiques et d'espaces vierges » où interagissent « la forme et le contenu, le message et le support, le conceptuel et le physique » (Mak, 2012, 5). Les pages des documents que l'on croit fixes et immuables ne sont en réalité que les représentations temporaires d'un certain nombre de processus de négociation professionnels. Comme le souligne Robin de Mourat, les formats « assemblent toute une chaîne d'acteurs techniques et économiques » (2020, 33) : ils stabilisent un moment du travail, mais ce moment reste fragile, susceptible de vaciller à tout instant. C'est ce vacillement qui permet de déplacer la focale de la page comme objet figé vers le document comme espace mouvant – celui de la négociation du travail.

J'expose ici trois manières dont ces négociations se jouent autour de documents administratifs : lorsqu'un document vient définir une nouvelle relation de travail

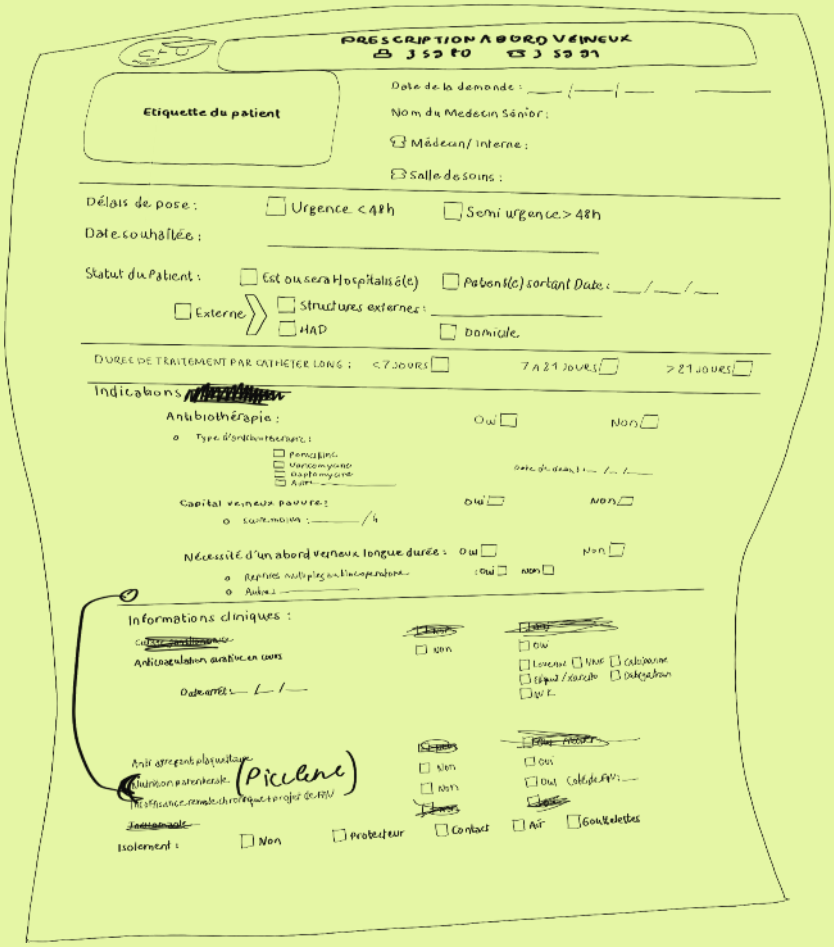
; lorsqu'un document entrave la circulation de l'information ; lorsqu'un document rend visible des glissements de tâches.

Nouveaux documents, nouvelles collaborations

À l'hôpital, les documents ne préexistent pas toujours au travail : bien souvent, ils émergent de processus de co-conception entre différent·es professionnel·les, en réponse à des problèmes concrets de coordination. Dans ces situations, ce n'est pas un document figé qui circule entre les professionnel·les, mais un document à faire, un objet graphique en attente de stabilisation. Cette dimension processuelle du document engage une négociation fine entre différents collectifs de travail.

Un épisode observé dans le service d'imagerie médicale illustre bien ce processus. Nathalie*, secrétaire médicale, travaille à la formalisation d'un nouveau formulaire destiné à structurer les demandes de pose de cathéters spécifiques (MID-line et PIC-line), prises en charge par le service d'anesthésie-réanimation. Jusqu'alors, ces actes étaient déclenchés dans l'urgence, sans anticipation, en « poussant les lignes du planning », selon les mots de Nathalie*. L'objectif du nouveau document est clair : formaliser la demande, en lui donnant une place visible et planifiée dans l'organisation du travail. Mais pour ce faire, encore faut-il s'accorder sur ce que ce formulaire doit contenir, à qui il s'adresse, comment il circule et dans quels délais.

La coopération commence donc par un travail matériel sur le document : plusieurs versions imprimées du formulaire sont annotées à la main, modifiées, corrigées. Ces feuillets circulent entre les deux services hospitaliers et incarnent la négociation. On y discute de la terminologie à employer, des actes à cocher, du moment où envoyer le formulaire, du nom du professionnel référent. Chaque version du formulaire devient un artefact provisoire, où s'inscrivent à la fois des normes en cours de fabrication et des résistances locales. Ce document devient ainsi un objet-frontière (Star et Griesemer, 1989), un support de traduction, entre deux services hospitaliers car il est suffisamment souple pour que chaque service y inscrive ses contraintes propres (modalités de planification, langage utilisé, identification des responsabilités), mais il est aussi suffisamment stable pour que tous reconnaissent qu'il renvoie à un objet commun – la prise en charge planifiée des poses de cathéters. L'enjeu de cette collaboration ne se limite pas à la mise en forme d'un formulaire : il s'agit de redéfinir les modalités d'une prise en charge interservice, et ce que chacun considère comme un « bon fonctionnement ». Ce que l'on négocie, c'est le passage d'un fonctionnement réactif



PRESCRIPTION ABORD VEINEUX

Etiquette du patient

Date de la demande : ___/___/___

Nom du Médecin Sénior :

Médecin/ Interne :

Salle de soins :

Délais de pose : ☐ Urgence <48h ☐ Semi urgence >48h

Date souhaitée :

Statut du Patient : ☐ Est ou sera Hospitalisé(e) ☐ Patient(e) sortant Date : ___/___/___

☐ Externe ☐ Structures externes : ☐ HAD ☐ Domicile

DUREE DE TRAITEMENT PAR CATHETER LONG : <7 JOURS ☐ 7 A 21 JOURS ☐ >21 JOURS ☐

Indications

Antibiothérapie : Oui ☐ Non ☐

- Type d'antibiothérapie :
  - ☐ Pomaglins
  - ☐ Vancomycine
  - ☐ Gentamycine
  - ☐ Autre : _____

Date de début : ___/___/___

Capital veineux pauvre : Oui ☐ Non ☐

- Score veineux : _____/4

Nécessité d'un abord veineux longue durée : Oui ☐ Non ☐

- Perfusions multiples ou incompatibles : Oui ☐ Non ☐
- Autres : _____

Informations cliniques :

Anticoagulation curative en cours ☐ Non ☐ Oui ☐ Lovenox ☐ NFH ☐ Calciparine ☐ Eliquis / Xarelto ☐ Dabigatran ☐ AVK

Date arrêt : ___/___/___

Anti agrégants plaquettaires ☐ Non ☐ Oui

Chimiothérapie veineuse (Picline) ☐ Non ☐ Oui Cycle de FAV : ___

Insuffisance rénale chronique + projet de FAV ☐ Non

Isolement : ☐ Non ☐ Protecteur ☐ Contact ☐ Air ☐ Gouttelettes

Formulaire en négociation entre le service d'imagerie médicale et d'anesthésie-réanimation

(dans l'urgence) à un fonctionnement programmé (dans le temps long). Et c'est un simple formulaire A4 qui rend cette transformation possible.

De main en main : la circulation d'un document

Dans les scènes les plus ordinaires du travail hospitalier, on voit passer de main en main des papiers, des enveloppes, des fiches, des formulaires. Chaque professionnel·le y ajoute ou y prélève une information. Ces documents qui circulent ne sont pas de simples supports de transmission : leur usage est rejoué à chaque passage de main en main, et c'est dans ce mouvement que se négocient concrètement des responsabilités, des ajustements, des compromis.

Prenons un exemple récurrent observé dans plusieurs services : l'échange entre une secrétaire médicale et un·e ambulancier·ère à propos d'un bon de transport. Ce document, rempli et signé par un médecin, permet de commander une ambulance ou un véhicule sanitaire léger (VSL) pour (r)accompagner un·e patient·e. Mais il arrive régulièrement que ces bons soient incomplets, illisibles, ou erronés : une date manquante, un type de véhicule mal coché ou une absence de signature. Le document devient alors le point de friction d'un désaccord pratique : faut-il corriger, refaire, faire signer à nouveau ? Qui est responsable de l'erreur ? Comment faire vite, sans bloquer le transport d'un·e patient·e ? À travers ce bon mal rempli, ce sont des formes de reconnaissance mutuelle, de délégation implicite, de tolérance ou d'irritation qui s'expriment. Face au rappel par les ambulancier·ères de l'importance de ce document de facturation, les secrétaires « se débrouillent », souvent sans faire appel au médecin, pour temporiser la demande ou retrouver une information manquante. Le document, entre leurs mains, n'est plus un simple formulaire : il devient un espace de confrontation entre des logiques professionnelles différentes mais imbriquées.

Le bon de transport est un exemple parmi d'autres de documents qui voyagent beaucoup et longtemps, aux côtés des patient·es : leur apparente banalité masque le fait qu'à chaque étape, quelqu'un doit interpréter, compléter, ajuster ou réparer ce que la personne précédente a (ou n'a pas) fait. Dans le service de chirurgie ambulatoire, la fiche de programmation de couleur saumon est devenue un repère collectif : cette « fiche saumon » est associée à Mélanie*, à son bureau, à son activité. Sa couleur permet une visualisation rapide du type d'intervention, mais elle est aussi un traceur de circulation : on peut suivre le trajet de la fiche dans le service, de main en main, selon qu'elle est pré-remplie par un autre secrétariat, annotée par Mélanie*, ou complétée par une infirmière. Chaque étape laisse une empreinte et c'est dans ce mouvement, dans ce passage entre plusieurs mains, que s'exprime une compétence collective qui ne tient pas à la seule maîtrise d'un logiciel ou d'une procédure, mais à la capacité d'ajuster le travail des autres à travers des objets partagés. Les documents deviennent des espaces de la

négociation ordinaire de la circulation de l'information, où l'on compose avec les normes, les urgences, les silences, les surcharges, les oublis.

Les documents comme traces des glissement des tâches

À mesure qu'ils circulent dans l'hôpital, les documents ne font pas que passer de main en main : ils s'installent, parfois durablement, sur un bureau, dans un placard, au sein d'un service. Cette présence matérielle devient l'indice tangible d'un glissement de tâche, d'un changement silencieux dans l'organisation du travail. C'est souvent là que les contours du métier de secrétaire médicale sont redéfinis, non pas par décret ou par fiche de poste, mais par le fait que cela reste là, que personne d'autre ne le fait, ou que c'est plus simple comme ça.

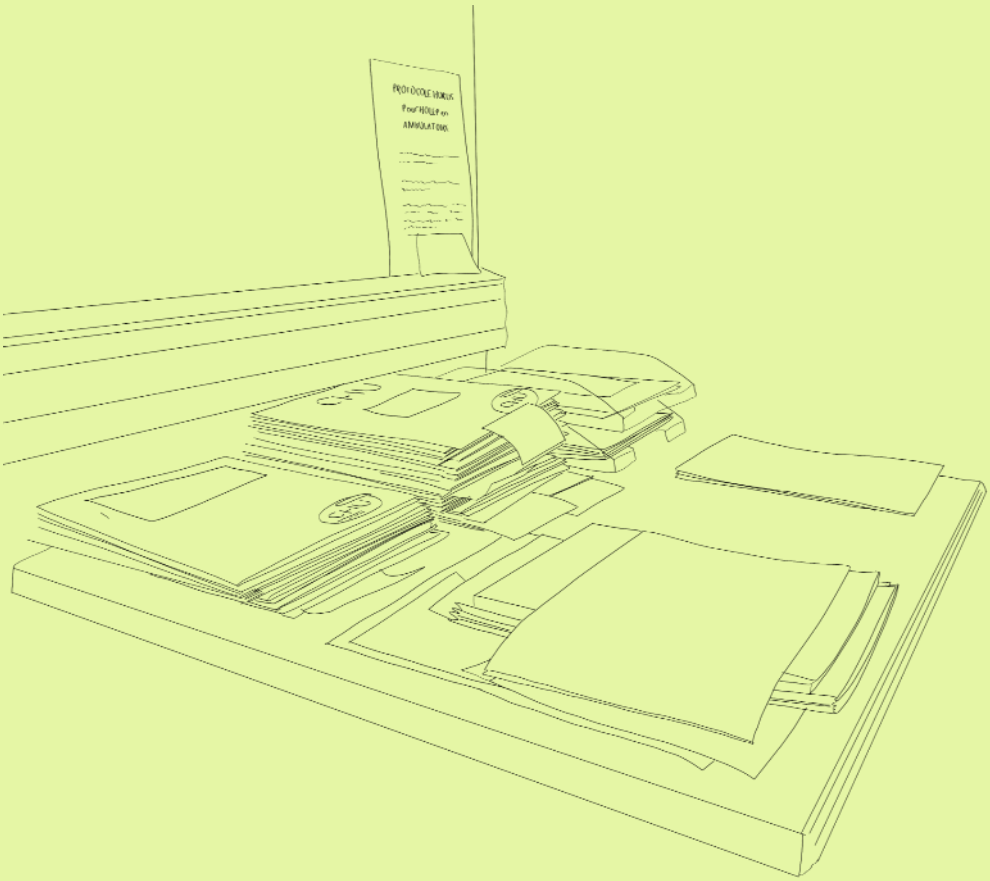
Ces glissements de tâches s'inscrivent dans une dynamique d'ajustement permanent des frontières professionnelles. Les concepts d'ordre négocié (Strauss, 1978) et de juridiction professionnelle (Abbott, 1988) permettent de penser ces situations non pas comme des anomalies, mais comme des formes ordinaires de redéfinition du travail. Pour Anselm Strauss, l'ordre organisationnel n'est jamais figé : il se construit au fil des interactions entre professionnel·les, à travers une série de négociations implicites ou explicites qui permettent d'ajuster les rôles, les responsabilités et les façons de faire. L'organisation hospitalière, en ce sens, n'est pas simplement structurée par des protocoles, mais aussi par des arrangements locaux qui donnent forme à cet ordre négocié. Andrew Abbott, quant à lui, propose de penser les professions comme des groupes en compétition pour le contrôle de certaines juridictions : chaque profession cherche à définir et défendre un territoire de compétences exclusives. Au contraire, certaines tâches ne sont revendiquées par personne et finissent par glisser inexorablement vers des métiers dits « supports ». Dans ce cadre, les tâches qui circulent entre les infirmier·ères, les médecins, les agent·es administratif·ves et les secrétaires médicales ne sont jamais simplement redistribuées : elles font l'objet de luttes de délimitation souvent silencieuses. Les glissements ne prennent pas toujours la forme de conflits ouverts, mais opèrent par déplacement progressif, rendu possible par des asymétries de statut, de visibilité, ou de disponibilité. L'apparition ou la persistance de certains documents dans un espace de travail devient alors l'indice matériel de cette redéfinition des frontières professionnelles : ce que fait la secrétaire avec un document n'est jamais seulement une tâche isolée, mais le résultat d'un ajustement organisationnel plus large.

Ce glissement est particulièrement manifeste dans le service d'urologie, où les pochettes de programmation s'empilent sur une table derrière les bureaux des secrétaires. Initialement, la préparation de ces pochettes – pliage, agrafage, insertion de formulaires spécifiques – était assurée par les infirmier·ères de programmation. Aujourd'hui, c'est le secrétariat des consultations qui en assure la

quasi-totalité, à coups de 15 ou 30 minutes grappillées entre deux autres tâches. Ce travail est d'autant plus ingrat qu'il est répétitif : lorsque l'occasion se présente, les secrétaires n'hésitent pas à le déléguer à la stagiaire que je deviens alors. La pochette de programmation qui reste sur le bureau marque le transfert d'une responsabilité logistique, banalisée par sa matérialité.

Cette reconfiguration du travail des secrétaires médicales est ainsi dépendant de celui des infirmier·ères, qui a été étudié par la sociologue Françoise Acker. Dans son analyse des reconfigurations contemporaines du travail infirmier, cette dernière souligne combien les nouvelles formes d'organisation à l'hôpital – marquées notamment par le raccourcissement de la durée des séjours au début des années 2000 – déplacent une part importante du travail infirmier hors du temps strictement hospitalier. Ces transformations induisent une redistribution des tâches « dans l'espace – lieux de prise en charge – et dans le temps – pendant ou en dehors de l'hospitalisation » (Acker, 2005, 5). L'attention aux dimensions éducatives et informationnelles du soin reste centrale pour les infirmières, mais se heurte à des contraintes temporelles croissantes : « les tâches qui en découlent requièrent du temps, un temps qui s'inscrit parfois difficilement dans le temps prédéfini du séjour du patient » (*ibid.*, 4). De plus, l'intensification des flux de patient·es induit un effet de seuil : la charge documentaire n'est plus proportionnelle à la durée d'hospitalisation, mais au nombre de séjours à gérer, entraînant une multiplication des documents à produire ou à renseigner en un temps réduit (*ibid.*, 5). Dans ce contexte, les infirmières assurent une grande partie du travail d'articulation : elles « vérifient que tous les éléments sont réunis pour que les entrées des patients s'effectuent comme prévu » – examens prescrits, rendez-vous –, autant de tâches qui relèvent d'un travail administratif historiquement éloigné de leur cœur de métier (*ibid.*, 17). L'accroissement des tâches d'écriture va ainsi de pair avec un « vertige bureaucratique du tout écrit » (*ibid.*, 13), qui transforme le soin en une activité partiellement dédiée à la production de traces : protocoles, formulaires, livrets d'information, tableaux de traçabilité, transmissions ciblées.

L'analyse de Françoise Acker rend visible les dynamiques de redistribution du travail à l'intérieur du groupe soignant (entre médecins, infirmier·ères et aides-soignant·es), mais laisse hors-champ une autre forme de délégation : celle qui glisse vers les secrétaires médicales. C'est pourtant à la frontière entre ces deux professions, où les documents s'accumulent, que de nombreuses tâches de coordination, d'impression, de préparation ou de vérification changent progressivement de main. Ces glissements sont rarement nommés comme tels : ils opèrent par défaut, par épuisement, par repli stratégique du groupe infirmier sur des tâches à plus forte valeur clinique. Là où Françoise Acker décrit des consultations infirmières qui incluent désormais la préparation de dossiers, la vérifi-



Pochettes de programmation préparées par les secrétaires médicales

cation d'éléments administratifs et la planification de rendez-vous (*ibid.*, 17), mon enquête montre que, dans certains services, ce sont désormais les secrétaires médicales qui prennent en charge ces dimensions du travail. Leur absence dans les analyses de la recomposition des métiers soignants rend leur contribution d'autant plus invisible. Les secrétaires se retrouvent en (véritable) bout de chaîne, là où « tout ce qui doit être fait à l'hôpital, mais qui n'est pas fait par d'autres », finit par leur échoir – selon la formule que Acker emprunte à Everett Hughes à propos des infirmières (*ibid.*, 1).

Cet exemple montre que les documents hospitaliers matérialisent les lignes de partage du travail, et participent activement à leur redéfinition. À mesure qu'ils s'accumulent, qu'ils persistent ou qu'ils reviennent, ils deviennent des signes concrets de glissements de responsabilité, souvent à sens unique. La frontière du métier est ainsi tracée par la présence d'un document sur un bureau, par le fait qu'il est là, entre les mains d'une secrétaire, et que personne d'autre ne le (re) prendra.

Qu'est-ce qu'un compte rendu médical ?

Il existe une multitude de documents qui circulent dans un hôpital, dont une grande partie n'est presque pas visible, ou du moins utilisée, par les secrétaires médicales. Après avoir évoqué certains de ces documents qui participent à la négociation de la collaboration à l'hôpital, je m'intéresserai ici à un type de documents caractéristique de la production documentaire des secrétariats : les compte-rendus médicaux. Ces documents ont la particularité d'être tournés vers l'extérieur de l'hôpital : ils ne sont pas produits pour un usage interne à une équipe de travail, comme peuvent l'être d'autres documents. Bien qu'ils aient vocation à « figer » l'information à un instant donné, les compte-rendus médicaux peinent à être définis car, je le montrerai, leur forme et leur contenu, est en partie dépendant de pratiques professionnelles situées dans des contextes de prise en charge et de spécialisation médicale différents.

Lors de ma première visite dans un secrétariat médical, je me suis rapidement aperçue que la manière de désigner les documents qui sont rédigés après le séjour de patient·es puis envoyés à ces dernier·ères et leur médecin traitant était pour le moins floue. Les secrétaires parlent communément de « courriers » : pour elles, ce sont avant tout des documents qui ont vocation à sortir de l'hôpital par voie postale ou électronique. Ils acquièrent un statut officiel car ils sont accessibles à des personnes extérieures à l'établissement. Ils doivent ainsi être « propres » (voir le chapitre « Faire propre »), ce qui rend les secrétaires particulièrement attentives à ces documents.

Pour la Haute Autorité de Santé, une partie de ces courriers peuvent entrer dans la catégorie des « lettres de liaison » qui font l'objet d'une évaluation pour répondre à des critères de qualité de l'offre de soins. Ainsi, le critère 3.1-02 de la Certification des établissements de santé pour la qualité des soins stipule que : « après un séjour, la transmission sans délai de la lettre de liaison à la sortie, des comptes rendus de consultations ou d'examens aux acteurs concernés par la prise en charge du patient, est un facteur majeur contribuant à la qualité des soins[2] ». Par ailleurs, plusieurs articles du Code de la santé publique établissent les obligations légales qui amènent à la production de tels documents : les lettres de liaison font partie des « informations formalisées établies à la fin du séjour » et réunies dans chaque dossier médical (article R.1112-2). Elles répondent à l'obligation que toute personne ait « accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit » par des établissements de santé, qui sont « formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé » (article L.1111-7).

À ces dispositions générales s'ajoutent des textes spécifiques aux conditions de production des lettres de liaison : le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison stipule que « lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins », et « le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient » (article R. 1112-1-2). Ce décret mentionne aussi les éléments qui doivent figurer sur toute lettre de liaison : l'identification du patient, du médecin traitant ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ; le motif d'hospitalisation ; la synthèse médicale du séjour ; les traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ; l'annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ; les suites à donner tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.

L'ensemble de ces textes constituent des normes fortes : elles imposent la production de comptes rendus, en fixant des mentions obligatoires et en garan-

[2] Haute Autorité de Santé, manuel « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins », 2024. URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf

tissant la traçabilité des informations médicales. Ces normes fortes rencontrent néanmoins des marges d'interprétation à l'hôpital, où l'on parle plus volontiers de compte-rendus pour désigner des documents aux contenus et aux formes divers. Cela crée des définitions très locales de cet ensemble de documents :

La lettre de liaison, dont je viens de décrire la réglementation.

La lettre d'adressage est produite par un médecin adressant un patient à un autre professionnel ou service. Non normée sous cette appellation, elle peut être associée à une lettre de liaison dans certains cas.

Le compte rendu de consultation consigne les éléments essentiels d'une consultation. Son contenu varie largement selon les spécialités, mais il est requis dans le dossier médical.

Le compte-rendu d'examen consigne les résultats ou d'un examen technique (imagerie, endoscopie, etc.).

Le compte rendu d'analyse biologique, encadré par la norme ISO 15189, formalise les résultats des analyses, en garantissant exactitude, interprétation et traçabilité.

Le compte rendu opératoire est produit immédiatement après une intervention chirurgicale, et rend compte du déroulement précis de cette dernière.

Enfin, le compte-rendu de réquisition est un document à vocation judiciaire, produit en réponse à l'émission d'une réquisition par le parquet ou un officier de police judiciaire, qui peut conduire à la production d'analyses médico-légales.

Cet inventaire montre que la catégorie du « compte-rendu médical » recouvre des documents hétérogènes : certains sont strictement normés et juridiquement contraignants, d'autres relèvent davantage de conventions professionnelles locales.

Ainsi, il est frappant de constater qu'il n'existe pas de définition unique et stabilisée de ce qu'est un compte rendu médical. L'objet apparaît plutôt comme une constellation de prescriptions juridiques, de recommandations institutionnelles et de pratiques professionnelles qui convergent sans se superposer parfaitement. Les normes précédemment citées définissent certaines modalités de production et de circulation de ces objets graphiques. Mais s'en tenir à cette définition normative reviendrait à épouser une vision bureaucratique de l'organisation, dans laquelle les professionnel·les exécutent des tâches en suivant des procédures prédéfinies, selon une chaîne hiérarchique et des circuits de validation supposés transparents et stables. Or, comme l'a montré Lucy Suchman, cette conception repose sur une illusion persistante : « La structure procédurale des activités or-

ganisationnelles est le résultat du travail ordonné du bureau, plutôt que le reflet d'une structure durable qui sous-tend ce travail » (Suchman, 1983, 321, cité dans : Schmidt & Bannon, 1992, 18). Autrement dit, les procédures ne valent que dans leur mise en œuvre, c'est-à-dire dans les efforts fournis collectivement pour leur donner forme et cohérence.

C'est pourquoi je propose ici une définition du compte-rendu médical qui s'appuie sur les pratiques (notamment graphiques) qui en permettent la formalisation. Cette définition a été élaborée avec la sociologue Louise Robert. Nous postulons qu'un compte-rendu médical est une synthèse de données pensées comme « brutes » et de données narratives issues du contenu du Dossier Patient Informatisé des patient·es, mais aussi de données qui émergent dans l'interaction avec les patient·es, sélectionnées par la personne qui réalise un acte de soin (une consultation par exemple). La production d'un compte-rendu médical consiste d'abord à collecter, sélectionner, interpréter, et reformuler des données éparses. Selon les spécialités médicales, ce travail est de nature tout à fait différente. Ensuite, un travail de transcription, correction, complétion, normalisation de documents à partir de ces données est nécessaire à sa formalisation. La production de compte-rendus médicaux demande la coopération de plusieurs professionnel·les, notamment les médecins et les secrétaires médicales. Les compte-rendus ont vocation à être des traces de l'activité médicale, utilisés ensuite pour le suivi des patient·es à l'extérieur de l'établissement, des analyses statistiques, la recherche clinique ou des audits. Cette définition nous est utile ici car elle comprend les pratiques qui amènent à la production de ce document, et ne se limite pas à une description formelle (au sens d'un contenu immuable et définitif).

Same but different : la vie graphique des comptes-rendus médicaux

Ces premiers éléments de définition permettent d'appréhender à grands traits ce qu'est un compte rendu médical dans sa dimension normative, mais ils échouent à saisir ces documents comme des objets dont la matérialité et la dimension graphique sont à la fois omniprésentes et indéfinies. En réalité, les comptes rendus ne forment pas une catégorie homogène répondant à un ensemble stable de propriétés formelles : ils constituent plutôt ce que Ludwig Wittgenstein nomme une famille d'objets, un ensemble dont l'unité se maintient non par une essence partagée, mais par un « réseau de ressemblances qui se chevauchent et s'entrecroisent : parfois des ressemblances d'ensemble, parfois des ressemblances de détail » (Wittgenstein, 1998 [1953], § 66). Autrement dit, les comptes rendus médicaux présentent un air de famille : suffisamment de traits communs pour être

reconnus comme tels, mais jamais exactement les mêmes d'un service, d'un logiciel ou d'un·e professionnel·le à l'autre.

Cette idée apparaît clairement lorsque l'on considère la manière dont les professionnel·les les identifient. Pour certains médecins, un questionnaire exporté en tableau depuis le dossier patient informatisé, mis en PDF, constitue un compte rendu ; alors que pour une secrétaire, seul un document rédigé à partir d'un modèle de lettre-type mérite cette qualification. Dans les deux cas, ce qui permet de dire « c'est un compte rendu » n'est pas la présence d'une forme définie une fois pour toutes, mais la reconnaissance d'un faisceau de traits suffisamment familiers pour être rattachés à la catégorie.

Si l'on observe ces documents de près, leur diversité saute aux yeux : des comptes rendus plus ou moins longs et denses selon les spécialités ; des textes maillés ou non de fautes de frappe et d'orthographe ; des mises en gras ou en italique obéissant à des codes ortho-typographiques changeants ; des encarts administratifs entourés de filets noirs ou laissés à nu ; des cadres de présentation du service hospitalier tantôt longs et positionnés en tête de page, tantôt réduits et relégués sur le côté ; une typographie instable d'une version à l'autre ; l'usage variable de l'impression couleur ; des signatures manuscrites ou numériques ; des courriers pliés à la main ou à la machine, etc.

Ces variations ont une importance plus ou moins grande sur le résultat final et l'organisation collective de la production documentaire. Certains éléments demeurent relativement stables, et cette stabilité contribue précisément à fabriquer l'air de famille de la catégorie : la présence d'un certain nombre d'informations indispensables, telles qu'elles sont encadrées par les textes de loi cités précédemment. À cela s'ajoutent des caractéristiques si largement admises qu'elles ne sont plus interrogées — comme l'usage du format A4, rendu presque inévitable par les infrastructures d'impression, de numérisation et d'archivage. Ces traits récurrents ne forment pas une définition stricte, mais un noyau de ressemblances partagées qui maintiennent une continuité entre des objets pourtant très différents.

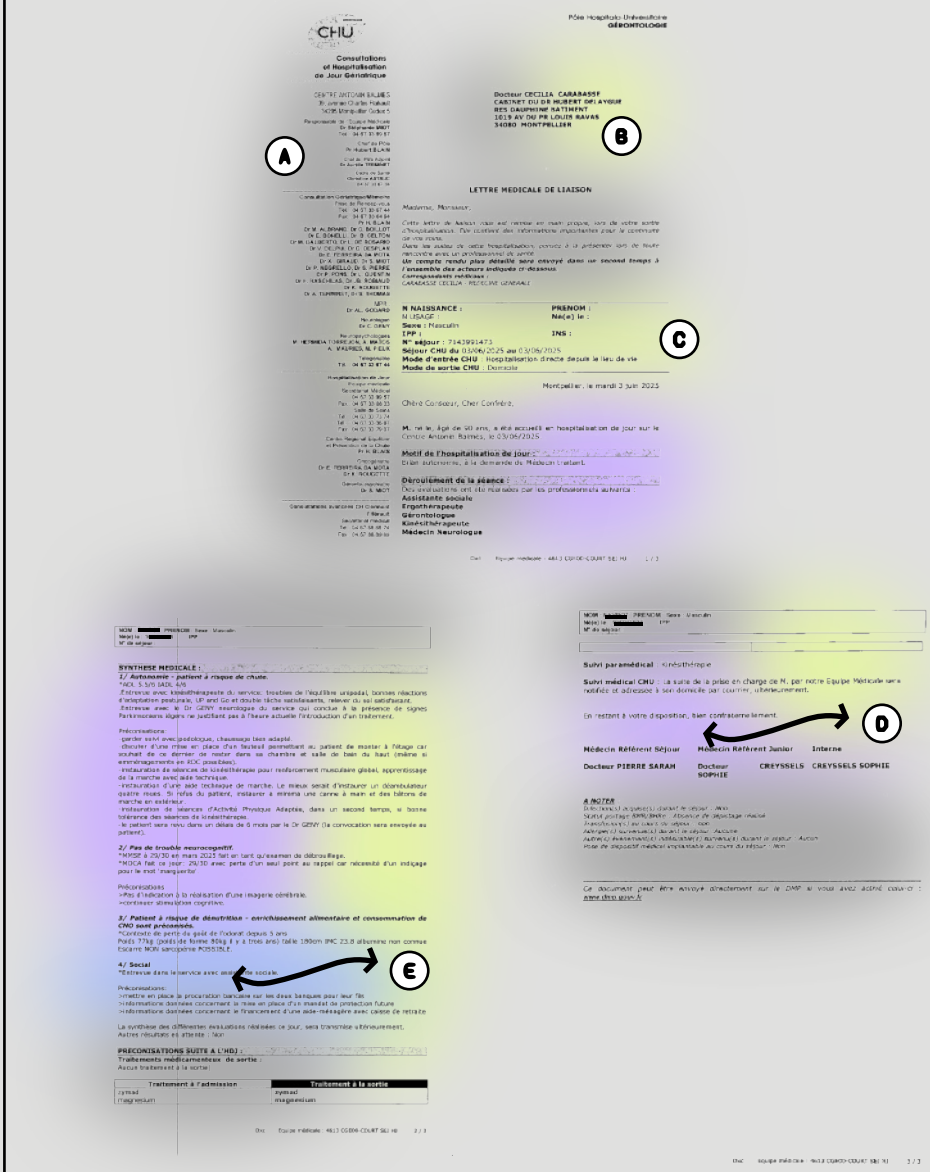
Autrement dit, si les normes « fortes » fixent des obligations de production et de contenu, elles laissent dans l'ombre tout un ensemble de normes faibles — règles locales, guides de bonnes pratiques, procédures internes aux établissements ou aux services hospitaliers — qui déterminent concrètement la manière dont ces documents sont produits, façonnés et font l'objet de reconnaissances professionnelles situées. Certaines de ces normes faibles sont incorporées dans des choix graphiques qui, loin d'être de simples détails, constituent des traces visibles des collaborations et des ajustements qui se tissent entre les différent·es professionnel·les de l'hôpital.

La suite de ce chapitre s'attache à décrire quatre variations graphiques qui s'entrecroisent dans la production de six types de compte-rendus médicaux observés dans des secrétariats[3]. Ces cas d'études se présentent chacune en 2 volets : à gauche, la décomposition graphique de chaque compte-rendu permet d'identifier les acteur·ices qui prennent part à leur production. À droite, cette décomposition est complétée par la description de la « chaîne de production » de ces documents, en identifiant différentes actions et les acteur·ices associé·es.

L'objectif de cette analyse graphique est de mettre en lumière le rôle crucial des secrétaires médicales dans l'articulation du travail collectif, et montrer comment les variations graphiques produisent des documents à la fois semblables et toujours singuliers. En les considérant comme des objets graphiques façonnés dans l'usage et la négociation entre professionnel·les (Plegat & Lewkowicz, 2025, 8), ces compte-rendus médicaux matérialisent, par leurs variations, la collaboration dans la production documentaire à l'hôpital.

[3] Si la réflexion menée avec Louise Robert portait sur l'ensemble des professionnel·les impliqué·es dans cette production, l'analyse proposée ici se concentre volontairement sur le point de vue des secrétaires médicales : c'est à partir de ce qu'elles voient, font et interprètent que la chaîne documentaire peut être reconstituée. Cette focale exclut toute prétention à l'exhaustivité : les « trous » de l'analyse constituent au contraire des indices précieux des zones d'incertitude où le document circule sans être pleinement visible. Les schémas présentés ici ont été difficiles à réaliser et ils sont souvent le produit arbitraire de l'observation que j'ai faite d'une manière de faire parmi d'autres pratiques existantes dans un même service et par une même secrétaire.

Lettre de liaison – Gérontologie



CHU

Consultations et Hospitalisation de Jour Gériatrique

CENTRE ANTOINE BALMES
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier Cedex 5

Pôle Hospitalo-Universitaire
GÉRONTOLOGIE

Docteur CECILIA CARABASSF
CABINET DU DR HUBERT DELAYGUE
BES DAUPHINE NATHINT
1019 AV DU PR LOUIS RAVAS
34080 MONTPELLIER

A

B

LETTRE MEDICALE DE LIAISON

Madame, Monsieur,

Cette lettre de liaison vous est remise en main propre, lors de votre sortie d'hospitalisation. Elle contient des informations importantes pour le continuité de vos soins.
Dans les suites de cette hospitalisation, pensez à la présenter lors de toute rencontre avec un professionnel de santé.
Un compte rendu plus détaillé sera envoyé dans un second temps à l'ensemble des acteurs indiqués ci-dessous
Correspondants médicaux :
CARABASSE CECILIA - MEDECINE GENERALE

N NAISSANCE : **PRENOM :**
N USAGE : **Né(e) le :**
Sexe : Masculin
INS :
IPP :
N° séjour : 7143991473
Séjour CHU du 03/06/2025 **au** 03/06/2025
Mode d'entrée CHU : Hospitalisation directe depuis le lieu de vie
Mode de sortie CHU : Domicile

C

Montpellier, le mardi 3 juin 2025

Chère Confrère, Cher Confrère,

M. né le, âgé de 90 ans, a été accueilli en hospitalisation de jour sur le Centre Antoine Balmes, le 03/06/2025

Motif de l'hospitalisation de jour :
Bilan autonomie, à la demande du Médecin traitant.

Déroulement de la séance :
Des évaluations ont été réalisées par les professionnels suivants :
Assistante sociale
Ergothérapeute
Gérontologue
Kinésithérapeute
Médecin Neurologue

NOM : [redacted] PRENOM : Sexe : Masculin
Né(e) le : [redacted] IPP :
N° de séjour :

SYNTHESE MEDICALE :
1/ Autonomie - patient à risque de chute.
*MCS 5 5/5 IADL 4/4
Entretien avec kinésithérapeute du service. troubles de l'équilibre uripadal, bonnes réactions d'adaptation posturale, UP and Go et double tâche satisfaisants, relevé au sol satisfaisant.
Entretien avec le Dr GENY neurologue du service qui conclue à la présence de signes Parkinsoniens légers ne justifiant pas à l'heure actuelle l'introduction d'un traitement.

Préconisations :
- garder suivi avec podologue, chaussage bien adapté.
- discuter d'une mise en place d'un faisceau permettant au patient de monter à l'étage car souhait de ce dernier de rester dans sa chambre et salle de bain du haut (même si aménagements en RDC possibles).
- instauration de séances de kinésithérapie pour renforcement musculaire global, apprentissage de la marche avec aide technique.
- instauration d'une aide technique de marche. Le mieux serait d'instaurer un déambulateur quatre roues. Si refus du patient, instaurer à minima une canne à main et des bâtons de marche en extérieur.
- instauration de séances d'Activité Physique Adaptée, dans un second temps, si bonne tolérance des séances de kinésithérapie.
- le patient sera revu dans un délais de 6 mois par le Dr GENY (la convocation sera envoyée au patient).

2/ Pas de trouble neurocognitif.
*MMSE à 29/30 en mars 2025 fait en sant qu'examen de détresse **Rage.**
*MOCA fait ce jour : 26/30 avec perte d'un seul point au rappel car nécessité d'un indicage pour le mot 'marguerite'

Préconisations
- rien d'indication à la réalisation d'une imagerie cérébrale.
- continuer stimulation cognitive.

3/ Patient à risque de démotrition - enrichissement alimentaire et consommation de CNO sont préconisés.
*Contexte de perte du goût de l'odorat depuis 3 ans
Poids 77kg (poids de forme 80kg il y a trois ans) taille 180cm IMC 23.8 albumine non comme Escarre NON sarcopenie POSSIBLE.

4/ Social
*Entrevue dans le service avec assistante sociale

Préconisations:
- mettre en place la procuration bancaire sur les deux banques pour leur fils
- informations données concernant le mise en place d'un mandat de protection future
- informations données concernant le financement d'une aide-ménagère avec caisse de retraite

La synthèse des différentes évaluations réalisées ce jour, sera transmise ultérieurement.
Autres résultats et attente : Non

PRECONISATIONS SUITE A L'HDJ :
Traitements médicamenteux de sortie :
Aucun traitement à la sortie

Traitement à l'admission	Traitement à la sortie
ryma4 (magnesium)	ryma4 magnesium

E

NOM : [redacted] PRENOM : Sexe : Masculin
Né(e) le : [redacted] IPP :
N° de séjour :

Suivi paramédical : Kinésithérapie

Suivi médical CHU : La suite de la prise en charge de M. par notre Equipe Médicale sera notifiée et adressée à son domicile par courrier, ultérieurement.

En restant à votre disposition, bien confraternellement

D

Médecin Référent Séjour	Médecin Référent Junior	Interne
Docteur PIERRE SARAH	Docteur SOPHIE CREYSSELS	CREYSSELS SOPHIE

A NOTER
Diététicien(ne) impliqué(e) durant le séjour : Non
Suivi postage RMN/IRM : Absence de dépostage réalisé
Prothèse(s) au cours du séjour : Non
Allergie(s) suivie(s) durant le séjour : Aucune
Autre(s) événement(s) indésirable(s) survenu(s) durant le séjour : Aucun
Mise de dispositif médical implantable au cours du séjour : Non

Ce document peut être envoyé directement sur le DMP si vous avez activé compte : www.dmp.gouv.fr

Médecins | AMA | Automatisé | Autres professionnel·les | ↔ Collaborations

Lettre de liaison – Gérontologie

	Acteur·ices	Actions	
1	**AMA – DSI** DxCare – Microsoft Word	Les lettres-type sont conçues et mises à jour à partir de la charte graphique de l'établissement et mises à jour par les AMA	
2	***Médecin*** DxCare – Dictaphone	Les médecins dictent le compte-rendu de l'hospitalisation	
3	**AMA** DxCare – Microsoft Word	L'AMA crée un nouveau document via une lettre-type	
4	**AMA** DxCare – Microsoft Word	L'AMA saisie et/ou vérification des informations administratives	
5	**AMA** DxCare – Microsoft Word	L'AMA saisie ses initiales sur le document	
6	**AMA** DxCare – Microsoft Word – Google – pédale de frappe – casque audio	L'AMA frappe la lettre de liaison et la met en page. Les enregistrement audio peuvent durer de 2 min à 13 min.	
7	**AMA** DxCare – Microsoft Word – Google	L'AMA saisit les médecins destinataires du courrier	
8	***Médecin*** DxCare – Microsoft Word	Le médecin relit la lettre de liaison formalisée	
9	**AMA** DxCare – Microsoft Word	L'AMA relit la lettre de liaison si le médecin y a apporté des modifications	
10	**AMA** DxCare – Microsoft Word – imprimante		L'AMA imprime la lettre de liaison pour signature manuscrite
11	***Médecin*** DxCare – Microsoft Word – stylo – documents imprimés	Le médecin signe la lettre de liaison par voie numérique	Le médecins signe la lettre de liaison de façon manuscrite
12	**AMA** DxCare – Scanner – logiciel pilote – documents imprimés		L'AMA scanne le document signé pour le ré-intégrer au DPI
13	**AMA** DxCare	L'AMA verrouille et envoie la lettre de liaison (fonction "envoyé-verrouillé"). Une fois verrouillé, le courrier n'est plus modifiable.	
14	Planet Press	La lettre de liaison est imprimé "prête à poster" via le logiciel Planet Press	
15	***Service du courrier*** Enveloppes – documents imprimés	Le courrier est posté	

A B C C D D E E E E

CHU

Département de Dermatologie

HOPITAL SAINT ELOI
80, rue Augustin Fliche
34295 Montpellier Cedex 5
Coordonnateur de Département
Professeur Olivier DEREURE

Dermatologie générale
Pr Didier BESSIS
Pr Olivier DEREURE
Pr Laurent MEUNIER

A

Dr Florence AMELOT
Dr Dorian BELAKEBI
Dr Aurélie DU-THANH
Dr Jacqueline FABRE
Dr Marie FABRE
Dr Céline GIRARD
Dr Manon GIROD
Dr Anouck LAMOUREUX
Dr Candice LESAGE
Dr Laura POUJADE
Dr Maeva RODRIGUEZ
Rendez-vous : 04-67-33-69-06
Fax : 04-67-33-69-58

Allergologie
Dr Jean-Luc BOURRAIN
Dr Aurélie DU-THANH
Dr Nadia RAISON-PEYRON
Rendez-vous 04-67-33-69-06
Accueil 04-67-33-75-80

Centre de Référence des Maladies Rares de la Peau et des Muqueuses d'origine génétique - MAGEC
Pr Didier BESSIS
Dr Laura POUJADE
Rendez-vous : 04-67-33-69-06

Photothérapie dynamique
Dr Andreea KOLONTE
Rendez-vous : 04-67-33-69-04
Photothérapie
Dr Eric PICOT
Rendez-vous : 04-67-33-69-52
Unité de Chirurgie Dermatologique
Dr D. BELAKEBI Dr V. BLATTIERE
Dr M. FABRE Dr C. GIRARD
Dr M. GIROD Dr C. LESAGE
Dr M. RODRIGUEZ Dr E. SCHWOB
Rendez-vous : 04-67-33-69-49

Lasers
Dr Diane LABAU DONNET
Dr Sandrine MESTRE-GODIN
Dr Laura POUJADE
Dr Emilie SCHWOB
Rendez-vous : 04-67-33-69-06

Psychologues
Florence GREAUME- Amélie JEANMAIRE
04-67-33-01-62

Cadres de Santé
Caroline CAVALLER
04-67-33-69-43
Corinne JOLY
04-67-33-69-46

Secrétariats 04-67-33-69-06
Consultations
dermato@chu-montpellier.fr
Hospitalisation de jour
sechdj-dermato@chu-montpellier.fr
Hospitalisation complète
sechc-dermato@chu-montpellier.fr

Pôle Hospitalo-Universitaire
CLINIQUES MÉDICALES

B

«TITRE» «PRENOM» «NOM»
«RUE»
«RUE1»
«RUE2»
«CODEPOST» «VILLE»

Document en attente de validation
(merci de retirer cette ligne après la signature du médecin)

COMPTE-RENDU DE CONSULTATION

C

N NAISSANCE: G **PRENOM : C**
N USAGE : **Né(e) le :**
Sexe : Féminin
IPP : **NIR :** 275074700102260
Date de consultation : 12/12/2023

.../... Montpellier, le jeudi 25 janvier 2024

né(e) le

D

Destinataire principal :
Copie(s) :

E

Le délai pour obtenir un rendez-vous en consultation est long. Pour les consultations de suivi régulier, nous vous conseillons de prendre le rendez-vous au plus tôt dès la réception de ce courrier ou à l'issue de la consultation.
Sauf motif particulier ou urgent, aucun rajout de consultation ne pourra être fait.
Aucun renouvellement d'ordonnance ne sera fait en dehors des consultations.

La prise en charge en ALD (100%) n'implique pas systématiquement un transport taxi ou VSL. Pour les consultations, des bons de transport pour taxi ou VSL seront délivrés **uniquement en cas d'ALD avec déficience ou incapacité ne permettant pas au patient de se déplacer seul.**

En cas de transport taxi ou VSL au-delà de 150 km, une entente préalable devra être remplie par votre médecin traitant à votre CPAM au moins 15 jours avant le rendez-vous.

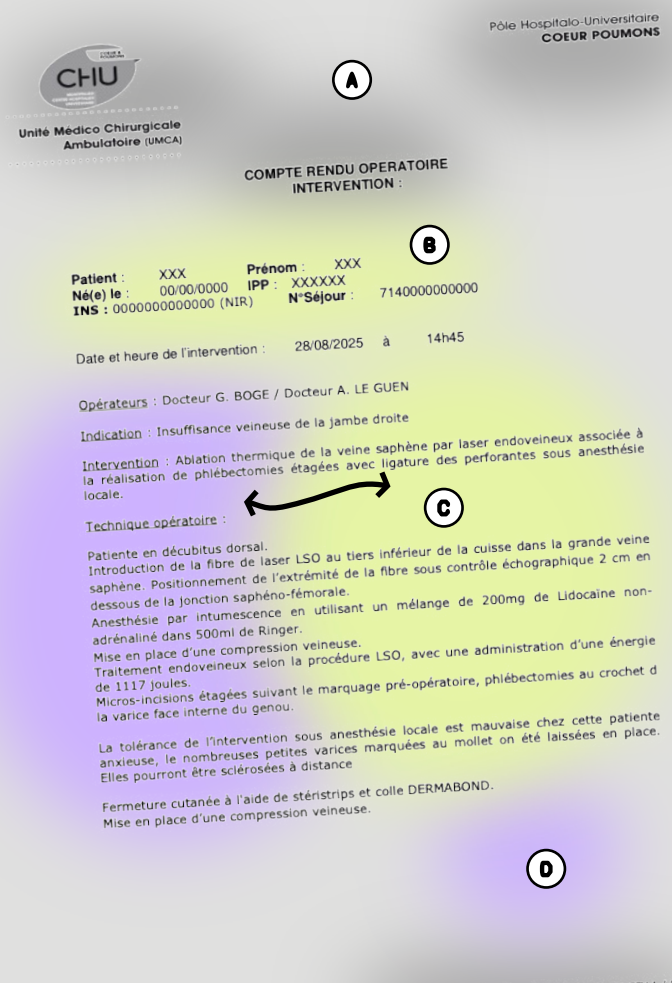
Dxc Equipe médicale : 0677 DERMATO ALLERGO CS 1 / 1

Médecins | AMA | Automatisé | Autres professionnel·les | ↔ Collaborations

Compte-rendu de consultation – Dermatologie

	Acteur·ices	Actions	
1	DxCare – Microsoft Word (A) (B)	Les lettres-type sont conçues et mises à jour à partir de la charte graphique de l'établissement et mises à jour par les AMA	
2	**Services informatiques** (B)	Mise à jour de la base de données SQL (annuaire de médecins)	
3	**Médecin** DxCare – Dictaphone (D)	Le médecin dicte le compte-rendu de consultation	
4	Zenidoc (D)	Le compte-rendu de consultation est retranscrit par un outil de reconnaissance vocale	
5	**AMA** DxCare – Microsoft Word (D)	L'AMA crée un nouveau document via une lettre-type	L'AMA crée un nouveau document via une lettre-type
6	**AMA** DxCare – Microsoft Word – pédale de frappe – casque audio (D)		L'AMA frappe le compte-rendu de consultation
7	**AMA** DxCare – Microsoft Word – Zenidoc (C)	L'AMA corrige et met en forme le compte-rendu de consultation	L'AMA met en forme le compte-rendu de consultation
8	**AMA** DxCare – Microsoft Word (C)	L'AMA saisie et/ou vérification les informations administratives sur le compte-rendu de consultation	
9	**AMA** DxCare – Microsoft Word (C)	L'AMA saisie ses initiales sur le document	
10	**AMA** DxCare – Microsoft Word – Google (C)	L'AMA saisit les médecins destinataires du courrier	
11	**Médecin** DxCare (E)	Le médecin signe le compte-rendu de consultation par voie numérique	
12	**AMA** DxCare	L'AMA verrouille et envoie le compte-rendu de consultation (fonction « envoyé-verrouillé »). Une fois verrouillé, le courrier n'est plus modifiable.	
13	Planet Press – Enveloppes – Documents imprimés	Le document est imprimé « prêt à poster » via le logiciel Planet Press	
14	**Service du courrier** Enveloppes – Documents imprimés	Le courrier est posté	

Les comptes-rendus opératoires – UMCA



Pôle Hospitalo-Universitaire
COEUR POUMONS

CHU

Unité Médico Chirurgicale Ambulatoire (UMCA)

A

COMPTE RENDU OPERATOIRE
INTERVENTION :

B

Patient : XXX **Prénom :** XXX
Né(e) le : 00/00/0000 **IPP :** XXXXXX
INS : 0000000000000 (NIR) **N°Séjour :** 7140000000000

Date et heure de l'intervention : 28/08/2025 à 14h45

Opérateurs : Docteur G. BOGE / Docteur A. LE GUEN

Indication : Insuffisance veineuse de la jambe droite

Intervention : Ablation thermique de la veine saphène par laser endoveineux associée à la réalisation de phlébectomies étagées avec ligature des perforantes sous anesthésie locale.

C

Technique opératoire :

Patiente en décubitus dorsal.
Introduction de la fibre de laser LSO au tiers inférieur de la cuisse dans la grande veine saphène. Positionnement de l'extrémité de la fibre sous contrôle échographique 2 cm en dessous de la jonction saphéno-fémorale.
Anesthésie par intumescence en utilisant un mélange de 200mg de Lidocaïne non-adrénaliné dans 500ml de Ringer.
Mise en place d'une compression veineuse.
Traitement endoveineux selon la procédure LSO, avec une administration d'une énergie de 1117 joules.
Micros-incisions étagées suivant le marquage pré-opératoire, phlébectomies au crochet d la varice face interne du genou.

La tolérance de l'intervention sous anesthésie locale est mauvaise chez cette patiente anxieuse, le nombreuses petites varices marquées au mollet on été laissées en place. Elles pourront être sclérosées à distance

Fermeture cutanée à l'aide de stéristrips et colle DERMABOND.
Mise en place d'une compression veineuse.

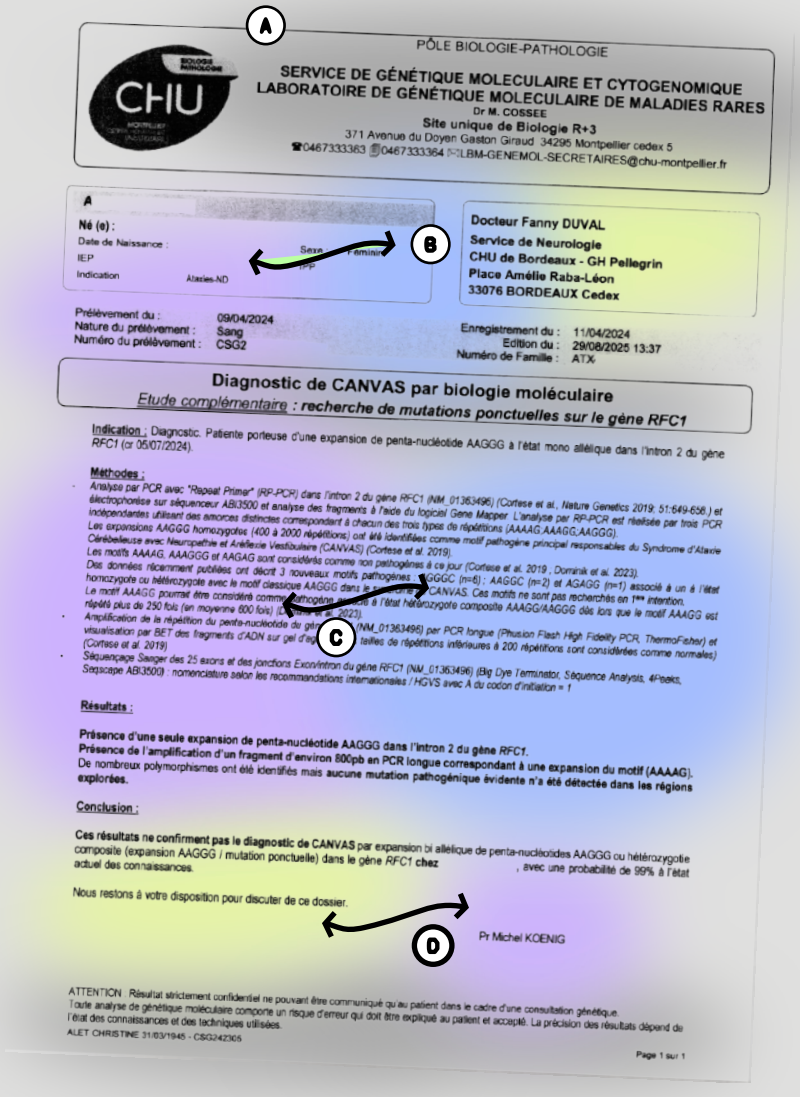
D

Dxc Equipe médicale - 4141 ADV03 UMCA CPV 1 / 1

Médecins | **AMA** | **Automatisé** | **Autres professionnel·les** | ↔ **Collaborations**

Compte-rendu opératoire – UMCA

	Acteur·ices	Actions
1	DxCare – Microsoft Word (A)	Les lettres-type sont conçues à partir de la charte graphique de l'établissement et mises à jour par une AMA
2	***Services informatiques***	Mise à jour de la base de données SQL (annuaire de médecins)
3	***Médecin*** DxCare – Dictaphone	Le médecin dicte le compte-rendu de l'opération
4	AMA DxCare Microsoft Word (C)	L'AMA génère une lettre-type, puis elle utilise des raccourcis pour insérer des blocs de texte pré-rédigés.
5	AMA DxCare Microsoft Word (B)	L'AMA saisie et/ou vérification des informations administratives sur le document
6	AMA DxCare Microsoft Word – Pédale de frappe – Casque audio (C)	L'AMA frappe le compte-rendu opératoire
7	AMA DxCare Microsoft Word (C)	L'AMA corrige et met en forme le compte-rendu opératoire
8	AMA DxCare Microsoft Word	L'AMA saisit les médecins destinataires du courrier
9	***Médecin*** DxCare Microsoft Word (D)	Le médecin signe le document par voie numérique
10	AMA DxCare Microsoft Word	L'AMA verrouille et envoie le compte-rendu opératoire (fonction "envoyé-verrouillé"). Une fois verrouillé, le courrier n'est plus modifiable.
11	Planet Press – Enveloppes – Documents imprimés	Le courrier est imprimé « prêt à poster » via le logiciel Planet Press
12	***Service du courrier*** Enveloppes – Documents imprimés	Le courrier est posté



A

PÔLE BIOLOGIE-PATHOLOGIE

SERVICE DE GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE ET CYTOGENOMIQUE
LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE DE MALADIES RARES
Dr M. COSSEE
Site unique de Biologie R+3
371 Avenue du Doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier cedex 5
☎0467333363 0467333364 LBM-GENEMOL-SECRETAIRES@chu-montpellier.fr

A
Né (e) :
Date de Naissance :
Sexe : Féminin
IEP
Indication Ataxies-ND

B

Docteur Fanny DUVAL
Service de Neurologie
CHU de Bordeaux - GH Pellegrin
Place Amélie Raba-Léon
33076 BORDEAUX Cedex

Prélèvement du : 09/04/2024
Nature du prélèvement : Sang
Numéro du prélèvement : CSG2

Enregistrement du : 11/04/2024
Edition du : 29/08/2025 13:37
Numéro de Famille : ATX

Diagnostic de CANVAS par biologie moléculaire
Etude complémentaire : ***recherche de mutations ponctuelles sur le gène RFC1***

Indication : Diagnostic. Patiente porteuse d'une expansion de penta-nucléotide AAGGG à l'état mono allélique dans l'intron 2 du gène *RFC1* (cr 05/07/2024).

Méthodes :

- *Analyse par PCR avec "Repeat Primer" (RP-PCR) dans l'intron 2 du gène RFC1 (NM_01363496) (Cortese et al., Nature Genetics 2019; 51:649-658.) et électrophorèse sur séquenceur ABI3500 et analyse des fragments à l'aide du logiciel Gene Mapper. L'analyse par RP-PCR est réalisée par trois PCR indépendantes utilisant des amorces distinctes correspondant à chacun des trois types de répétitions (AAAAG,AAAGG,AAGGG).*
  Les expansions AAGGG homozygotes (400 à 2000 répétitions) ont été identifiées comme motif pathogène principal responsables du Syndrome d'Ataxie Cérébelleuse avec Neuropathie et Arréflexie Vestibulaire (CANVAS) (Cortese et al. 2019).
  Les motifs AAAAG, AAAGGG et AAGAG sont considérés comme non pathogènes à ce jour (Cortese et al. 2019 ; Dominik et al. 2023).
  Des données récemment publiées ont décrit 3 nouveaux motifs pathogènes : AAGGC (n=6) ; AAGGC (n=2) et AGAGG (n=1) associé à un à l'état homozygote ou hétérozygote avec le motif classique AAGGG dans le syndrome CANVAS. Ces motifs ne sont pas recherchés en 1ère intention.
  Le motif AAAGG pourrait être considéré comme pathogène associé à l'état hétérozygote composite AAAGG/AAGGG dès lors que le motif AAAGG est répété plus de 250 fois (en moyenne 600 fois) (Dominik et al. 2023).
- *Amplification de la répétition du penta-nucléotide du gène RFC1 (NM_01363496) par PCR longue (Phusion Flash High Fidelity PCR, ThermoFisher) et visualisation par BET des fragments d'ADN sur gel d'agarose (tailles de répétitions inférieures à 200 répétitions sont considérées comme normales) (Cortese et al. 2019)*
- *Séquençage Sanger des 25 exons et des jonctions Exon/intron du gène RFC1 (NM_01363496) (Big Dye Terminator, Séquence Analysis, 4Peaks, Seqscape ABI3500) : nomenclature selon les recommandations internationales / HGVS avec A du codon d'initiation = 1*

Résultats :

Présence d'une seule expansion de penta-nucléotide AAGGG dans l'intron 2 du gène *RFC1*.
Présence de l'amplification d'un fragment d'environ 800pb en PCR longue correspondant à une expansion du motif (AAAAG).
De nombreux polymorphismes ont été identifiés mais **aucune mutation pathogénique évidente n'a été détectée dans les régions explorées.**

Conclusion :

Ces résultats ne confirment pas le diagnostic de CANVAS par expansion bi allélique de penta-nucléotides AAGGG ou hétérozygotie composite (expansion AAGGG / mutation ponctuelle) dans le gène *RFC1* **chez** , avec une probabilité de 99% à l'état actuel des connaissances.

Nous restons à votre disposition pour discuter de ce dossier.

Pr Michel KOENIG

ATTENTION : Résultat strictement confidentiel ne pouvant être communiqué qu'au patient dans le cadre d'une consultation génétique.
Toute analyse de génétique moléculaire comporte un risque d'erreur qui doit être expliqué au patient et accepté. La précision des résultats dépend de l'état des connaissances et des techniques utilisées.
ALET CHRISTINE 31/03/1945 - CSG242305

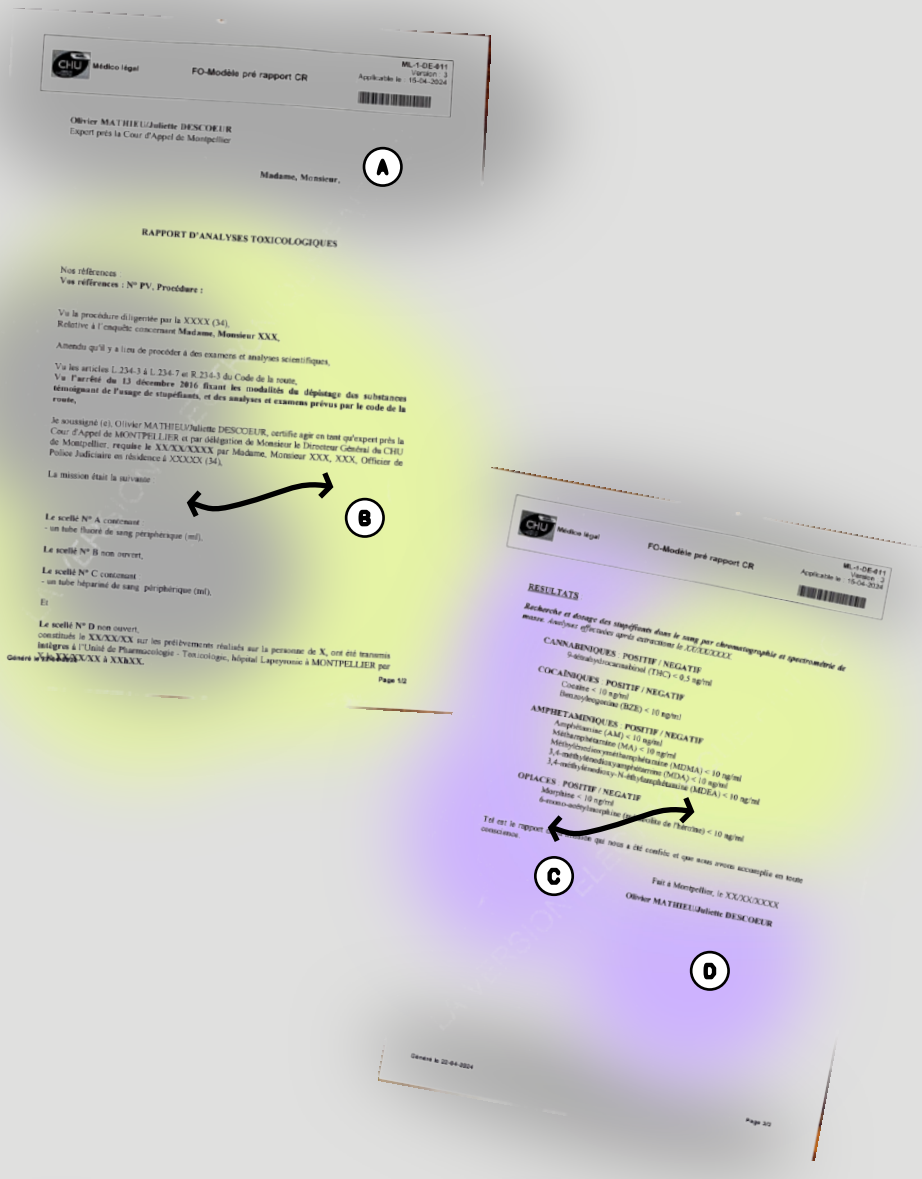
Page 1 sur 1

Médecins | AMA | Automatisé | Autres professionnel·les | ↔ Collaborations

Compte-rendu d'analyse biologique – IURC

	Acteur·ices	Actions ?	
1	DevGen – Microsoft Word (A)	Les lettres-type sont conçues à partir de la charte graphique de l'établissement et mises à jour par une AMA	
2	**Médecin – Technicien·nes de laboratoire** DevGen – Microsoft Word (B) (C)	Le compte-rendu d'analyse est rédigé par un·e technicien·ne ou un·e biologiste	
3	**AMA** DevGen – Microsoft Word (B)		L'AMA relit et corrige le compte-rendu d'analyse
4	**Médecin** DevGen – Microsoft Word (D)	Le médecin sénior et le médecin junior signent le document par voie numérique	
5	**AMA** DevGen – Microsoft Word – Dossier papier – Documents imprimés	L'AMA s'assure que le CR a été copié dans le dossier patient papier et numérique	
6	**AMA** Enveloppes – Documents imprimés	L'AMA envoie les comptes-rendus d'analyse par voie postale	
7	**Service du courrier** Enveloppes – Documents imprimés	Les courriers sont postés	
		Le délai maximum de traitement de la demande entre la réception de l'échantillon et la communication des résultats est de 8 jours.	

Les comptes-rendus de réquisition – Toxicologie



CHU Médico légal — FO-Modèle pré rapport CR — ML-1-OE-411 Version 3 Applicable le : 15-04-2024

Olivier MATHIEU/Juliette DESCOEUR
Expert près la Cour d'Appel de Montpellier

Madame, Monsieur,

RAPPORT D'ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Nos références
Vos références : N° PV, Procédure :

Vu la procédure diligentée par la XXXX (34),
Relative à l'enquête concernant **Madame, Monsieur XXX,**

Attendu qu'il y a lieu de procéder à des examens et analyses scientifiques,

Vu les articles L.234-3 à L.234-7 et R.234-3 du Code de la route,
Vu l'arrêté du 13 décembre 2016 fixant les modalités du dépistage des substances témoignant de l'usage de stupéfiants, et des analyses et examens prévus par le code de la route,

Je soussigné (e), Olivier MATHIEU/Juliette DESCOEUR, certifie agir en tant qu'expert près la Cour d'Appel de MONTPELLIER et par délégation de Monsieur le Directeur Général du CHU de Montpellier, requise le XX/XX/XXXX par Madame, Monsieur XXX, XXX, Officier de Police Judiciaire en résidence à XXXXX (34),

La mission était la suivante

Le scellé N° A contenant
- un tube fluoré de sang périphérique (ml),

Le scellé N° B non ouvert,

Le scellé N° C contenant
- un tube hépariné de sang périphérique (ml),

Et

Le scellé N° D non ouvert,
constitués le XX/XX/XX sur les prélèvements réalisés sur la personne de X, ont été transmis **intègres** à l'Unité de Pharmacologie - Toxicologie, hôpital Lapeyronie à MONTPELLIER par **Généré le XX/XX/XXXX à XXhXX.**

Page 1/2

CHU Médico légal — FO-Modèle pré rapport CR — ML-1-OE-411 Version 3 Applicable le : 15-04-2024

RESULTATS

Recherche et dosage des stupéfiants dans le sang par chromatographie et spectrométrie de masse, analyses effectuées après extraction le XX/XX/XXXX

CANNABINIOUES : POSITIF / NEGATIF
9-tétrahydrocannabinol (THC) < 0,5 ng/ml

COCAÏNIQUES : POSITIF / NEGATIF
Cocaïne < 10 ng/ml
Benzoylecgonine (BZE) < 10 ng/ml

AMPHETAMINIQUES : POSITIF / NEGATIF
Amphétamine (AM) < 10 ng/ml
Méthamphétamine (MA) < 10 ng/ml
Méthylènedioxymethamphétamine (MDMA) < 10 ng/ml
3,4-methylènedioxyamphétamine (MDA) < 10 ng/ml
3,4-methylènedioxy-N-éthylamphétamine (MDEA) < 10 ng/ml

OPIACES : POSITIF / NEGATIF
Morphine < 10 ng/ml
6-monoacetylmorphine (Métabolite de l'héroïne) < 10 ng/ml

Tel est le rapport [illegible] qui nous a été confié, et que nous avons accomplie en toute conscience.

Fait à Montpellier, le XX/XX/XXXX

Olivier MATHIEU/Juliette DESCOEUR

Généré le 22-04-2024

Page 2/2

A — B — C — D

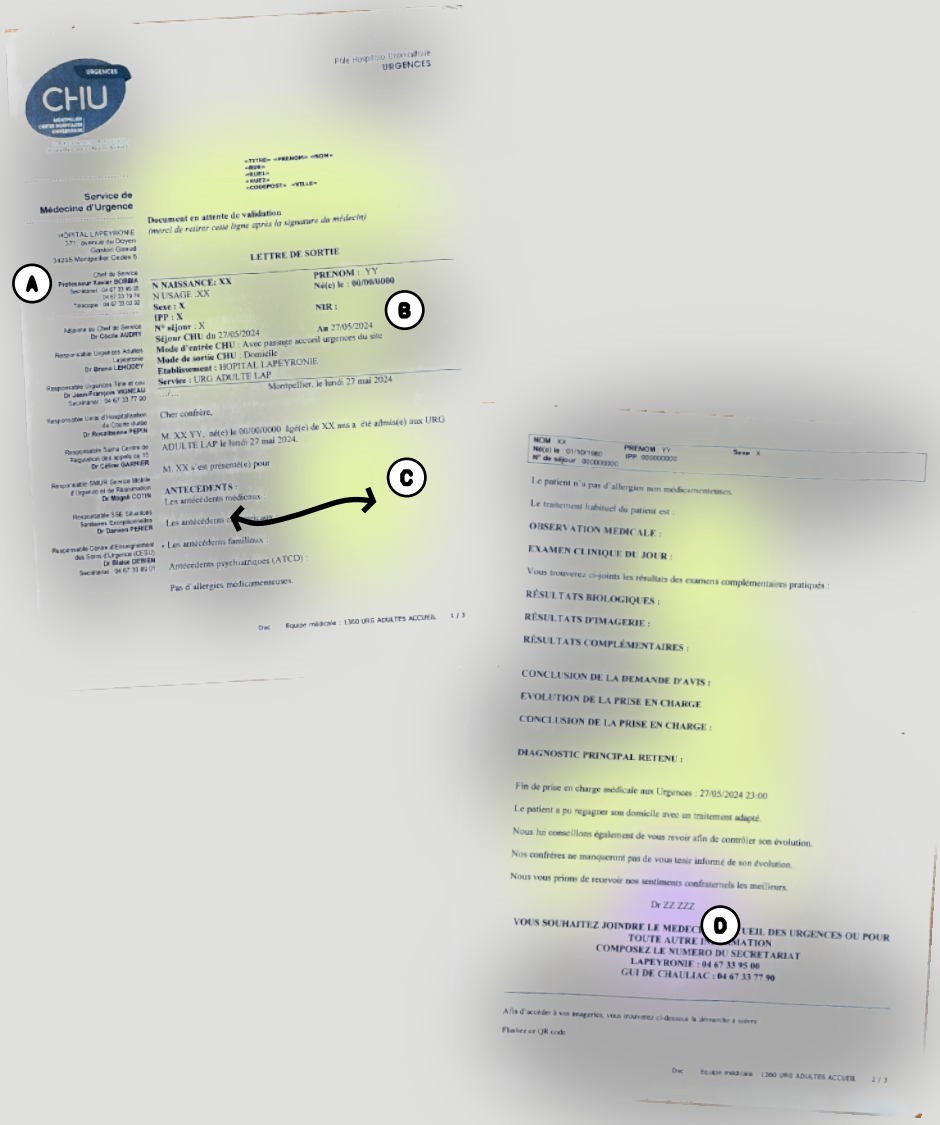
Médecins | AMA | Automatisé | Autres professionnel·les | ↔ Collaborations

Compte-rendu de réquisition – Toxicologie

	Acteur·ices	Actions
1	**AMA** Intranet – Microsoft Word	Les lettres-type sont conçues et mises à jour par l'AMA à partir de la charte graphique de l'établissement
2	**AMA** Sharepoint – Intranet – Microsoft Word	L'AMA crée un "pré-rapport" à partir d'un modèle stocké sur l'intranet
3	**AMA** Sharepoint – Microsoft Word	L'AMA complète les données administratives du pré-rapport (adresse, références, requérant, nom, etc.) à partir de la réquisition
4	**AMA**	L'AMA range le pré-rapport dans un dossier numérique dédié à chaque biologiste
5	***Médecin* – AMA** Fiche imprimée de STAFF	Les médecins discutent des résultats d'analyse durant les réunions de STAFF. L'AMA produit une feuille de STAFF qui reprend les éléments de conclusion.
6	**AMA** Microsoft Word – Fiche imprimée de STAFF	L'AMA transpose les résultats d'analyse dans le rapport à partir des feuilles de STAFF
7	**AMA** Microsoft Word	L'AMA relit le compte-rendu de réquisition
8	***Médecin*** Microsoft Word	Le médecin signe le compte-rendu par voie numérique en insérant leur signature numérique sur le document
9	**AMA** Microsoft Word – Sharepoint – Imprimante – Document imprimé	L'AMA imprime et envoie le rapport par voie postale
10	**AMA** Dossier papier – Document imprimé	L'AMA range une copie du document dans le dossier papier lié à chaque réquisition
11	***Service du courrier*** Enveloppes – Documents imprimés	Le courrier est posté

A B B C C C D

Lettre de sortie – Urgences



Pôle Hospitalo Universitaire
URGENCES

«TITRE» «PRENOM» «NOM»
«BUR»
«RUE1»
«RUE2»
«CODEPOST» «VILLE»

Service de Médecine d'Urgence

HOPITAL LAPEYRONIE
371, avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier Cedex 5

Chef de Service
Professeur Xavier BOSSIA
Secrétariat : 04 67 33 96 05
04 67 33 79 78
Télécopie : 04 67 33 02 92

Adjoints au Chef de Service
Dr Cécile AUDRY

Responsable Urgences Adultes Lapeyronie
Dr Bruno LEHODRY

Responsable Urgences Tête et cou
Dr Jean-François VIGNEAU
Secrétariat : 04 67 33 77 90

Responsable Unité d'Hospitalisation de Courte durée
Dr Rouabbeane PEPIN

Responsable Samu Centre de Régulation des appels 15
Dr Céline GARNIER

Responsable SMUR Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
Dr Magali COTIN

Responsable SSE Soignants Sauveteurs Extrapolonnaires
Dr Damien PERRIER

Responsable Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)
Dr Blaise DERIAN
Secrétariat : 04 67 33 89 01

Document en attente de validation
(morcel de rajouter cette ligne après la signature du médecin)

LETTRE DE SORTIE

N NAISSANCE: XX — **PRENOM :** YY
N USAGE :XX — **Né(e) le :** 00/00/0000
Sexe : X — **NIR :**
IPP : X
N° séjour : X — **Au** 27/05/2024
Séjour CHU du 27/05/2024
Mode d'entrée CHU : Avec passage accueil urgences du site
Mode de sortie CHU : Domicile
Etablissement : HOPITAL LAPEYRONIE
Service : URG ADULTE LAP

Montpellier, le lundi 27 mai 2024

Cher confrère,

M. XX YY, né(e) le 00/00/0000 âgé(e) de XX ans a été admis(e) aux URG ADULTE LAP le lundi 27 mai 2024.

M. XX s'est présenté(e) pour

ANTECEDENTS :
Les antécédents médicaux :

Les antécédents chirurgicaux :

• Les antécédents familiaux :

Antécédents psychiatriques (ATCD) :

Pas d'allergies médicamenteuses.

Doc Equipe médicale : 1360 URG ADULTES ACCUEIL 1 / 3

NOM XX — PRENOM YY — Sexe X
Né(e) le 01/01/1960 — IPP 000000000
N° de séjour 000000000

Le patient n'a pas d'allergies non médicamenteuses.

Le traitement habituel du patient est :

OBSERVATION MEDICALE :

EXAMEN CLINIQUE DU JOUR :

Vous trouverez ci-joints les résultats des examens complémentaires pratiqués :

RÉSULTATS BIOLOGIQUES :

RÉSULTATS D'IMAGERIE :

RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES :

CONCLUSION DE LA DEMANDE D'AVIS :

EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE

CONCLUSION DE LA PRISE EN CHARGE :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL RETENU :

Fin de prise en charge médicale aux Urgences : 27/05/2024 23:00

Le patient a pu regagner son domicile avec un traitement adapté.

Nous lui conseillons également de vous revoir afin de contrôler son évolution.

Nos confrères ne manqueront pas de vous tenir informé de son évolution.

Nous vous prions de recevoir nos sentiments confraternels les meilleurs.

Dr ZZ ZZZ

VOUS SOUHAITEZ JOINDRE LE MEDECIN D'ACCUEIL DES URGENCES OU POUR TOUTE AUTRE INFORMATION
COMPOSEZ LE NUMERO DU SECRETARIAT
LAPEYRONIE : 04 67 33 95 00
GUI DE CHAULIAC : 04 67 33 77 90

Afin d'accéder à vos imageries, vous trouverez ci-dessous la démarche à suivre

Flasher ce QR code

Doc Equipe médicale : 1360 URG ADULTES ACCUEIL 2 / 3

A B C D

Médecins — AMA — Automatisé — Autres professionnel·les — ↔ Collaborations

Lettre de sortie – Urgences

	Acteur·ices	Actions
1	DxUrgences – Microsoft Word	Les lettres-type sont conçues et mises à jour à partir de la charte graphique de l'établissement
2	**Médecin** DxUrgences	Le médecin remplie le Résumé de Passage aux Urgences (RPU) et le questionnaire de sortie
3	**AMA** DxUrgences	L'AMA complète le RPU et le questionnaire de sortie
4	**Médecin** DxUrgences	La lettre de sortie est générée par le médecin à partir du RPU sur une lettre-type
5	**AMA** DxUrgences – Microsoft Word	L'AMA relit et corrige la lettre de sortie en intervenant sur les éléments suivants : destinataire (patient, copie au médecin traitant), Genre du patient, Fautes de frappe, suppression de la section pour les initiales des médecins et AMA, modification des coordonnées du médecin signataire si besoin, justification du document
6	**AMA** DxUrgences – Microsoft Word – Imprimante – Documents imprimés – Pochettes cartonnées	Les courriers sont imprimés et rangés dans les pochettes à remettre aux patient·es
7	**AMA – Médecin** Pochettes cartonnées – Documents imprimés	La pochette contenant la lettre de sortie est remise en main propre aux patient·es

Variation 1 : les lettres-types et les modèles de document

Le premier facteur de variation dans la production des compte-rendus médicaux concerne les parties de ces documents auxquels on prête le moins attention : le modèle sur lequel ils s'appuient, que l'on nomme aussi « lettre-type » à l'hôpital.

Pour faciliter le travail de mise en forme des courriers, les secrétaires disposent de modèles, disponible sur le logiciel de traitement de texte qu'elles utilisent (Microsoft Word), Ces modèles sont composés d'un texte de base récurrent, mis en page selon des règles propres à l'établissement et sa charte graphique, et dans lequel sont intégrées automatiquement des informations propres à chaque patient·e (nom, date de naissance, adresse, médecin traitant, etc.). Les modèles utilisés par les secrétaires médicales peuvent être distingués en deux catégories : il existe des modèles graphiques qui génèrent la mise en page et une partie du contenu d'un document (on parle de lettre-type) mais il existe également des modèles pour des contenus textuels à insérer dans une lettre-type (on parle d'insertions). À l'Unité Médico-Chirurgicale Ambulatoire (UMCA), par exemple, Mélanie* connaît par cœur les raccourcis de toutes les insertions qu'elle utilise : « CROLASER », « CRORADIOFREQUENCE » ou « LRFBO ».

Il est intéressant de noter que les documents auxquels j'ai eu accès varient visuellement en partie parce que la notion de « modèle de document » diffère dans chaque service. Certaines secrétaires ont pu m'envoyer de véritables courriers anonymisés, d'autres m'ont envoyé seulement le modèle du courrier et d'autres enfin m'ont envoyé un modèle qui intègre les systèmes d'automatisation de la saisie des données. Cette diversité est un indice supplémentaire du fonctionnement propre à chaque service. On peut ainsi observer que les modèles de documents dans les services de biologie sont relativement différents des autres. Ces modèles sont une affaire particulièrement sérieuse dans ces services. Ils font l'objet d'une normalisation encadrée par la norme ISO 15189. Pour cela, ces services utilisent un logiciel de gestion documentaire – Kalilab – qui permet de mettre à jour régulièrement un ensemble de documents (formulaires, modes opératoires et fiches d'instructions) et de faire valider ces modifications auprès de tous les membres de l'équipe, y compris les secrétaires médicales.

L'histoire des formulaires administratifs, que Lisa Gitelman décrit comme celle des « blancs » (*blanks*) éclaire d'un jour particulier l'usage contemporain des lettres-types à l'hôpital. Les « blank books », écrit-elle, n'étaient jamais de véritables pages vides. Les blancs sont en réalité une pré-configuration de la page, qui est formalisée « en prévision d'utilisations particulières, comme s'ils étaient en réserve pour le document qu'ils sont destinés à devenir » (Gitelman, 2014, 23). Ces dispositifs graphiques instituent ainsi une division du travail intellectuel : « Le travail de remplissage a été séparé du travail de planification de la

manière dont le remplissage devait se faire : une “révolution managériale” miniaturisée » (*ibid.*, 24). En d’autres termes, l’écriture est organisée à l’avance – une logique qui perdure aujourd’hui avec des modèles de documents numérisés.

Nolwenn Maudet prolonge cette histoire avec celle des templates graphiques, apparus avec les logiciels de bureautique et de design à partir des années 1980. Les templates, écrit-elle, « oscillent entre autonomisation et contrôle » : ils permettent à des non-spécialistes de produire des objets graphiques à l’allure professionnelle, mais ils restreignent en même temps la créativité en imposant des formes stabilisées. Historiquement, ils concernaient surtout des objets hybrides texte-image (prospectus, cartes de visite, brochures), mais « ni les affiches, trop techniques, ni les documents purement administratifs, qui n’ont pas besoin de modèle » (Maudet, 2024) n’étaient concernés. De ce point de vue, les lettres-types hospitalières constituent un cas limite : il ne s’agit pas de communication visuelle, mais de documents médico-administratifs. Pourtant, elles fonctionnent bel et bien comme des templates : elles garantissent l’uniformité, donnent une forme « officielle », et surtout permettent d’automatiser des gestes répétitifs. La critique portant sur le manque de créativité auquel aboutit l’usage des templates (*ibid.*), constitue précisément la valeur des lettres-types à l’hôpital.

Cette généalogie croise également l’histoire du traitement de texte. Comme l’a montré le chercheur en informatique Thomas Haigh, le *word processing* apparaît dans les années 1970 comme une réorganisation du travail de dactylographie : le traitement de texte « combine les fonctions de dictée et de saisie dans un système centralisé, [et] remplace le modèle “un homme, une secrétaire, une machine à écrire” » (Haigh, 2006, 8). IBM promeut cette approche en comparant la mécanisation de la frappe à la ligne d’assemblage d’Henry Ford. Le traitement de texte, d’abord incarné par des machines dédiées (Wang, IBM MT/ST), se transforme ensuite en logiciel sur micro-ordinateurs dans les années 1980. Microsoft Word, lancé en 1983, devient dans les années 1990 un outil hégémonique. Le logiciel intègre dès 1997 des modèles (templates de lettres, de rapports) et des outils d’automatisation (macros, publipostage, insertion automatique)[4]. Son histoire rejoint celle des « blancs » et des templates : une infrastructure scripturale qui organise l’écriture. Dans le contexte hospitalier, ces fonctionnalités sont décuplées par l’interfaçage avec le dossier patient informatisé (DPI). Les secrétaires médicales mobilisent des dictionnaires de termes médicaux, des raccourcis, des annuaires de praticien·nes et des fonctions de fusion de données pour générer rapidement convocations, comptes rendus et ordonnances.

[4] « Word 97: Solutions Manual », Glencoe/McGraw-Hill, 1998.

Statut : A Transcrire - AMA (3 lignes)
UH : 4639-CGE00-ONCOGERIAT CS (3 lignes)
UH : 4626-CGE00-SMR HD (1 ligne)
UH : 4618-CGE00-COURT SEJ CS (22 lignes)
Statut : A Envoyer - AMA (10 lignes)
UH : 4657-CGE00-SMR A HC (3 lignes)
UH : 4646-BEL00-PSPA (1 ligne)
UH : 4639-CGE00-ONCOGERIAT CS (6 lignes)
UH : 4638-CGE00-ONCOGER HD (3 lignes)
UH : 4637-BEL00-EMPG (3 lignes)
UH : 4626-CGE00-SMR HD (3 lignes)
UH : 4618-CGE00-COURT SEJ CS (8 lignes)
UH : 4616-CGE01-COURT SEJ A (5 lignes)

Rédacteur	Transcripteur	Date naissance	Response	Daté du	Dern. modif.	Durée	Libellé	Type
ROUVIERE NICOLAS	DESPLAN GUILLA...	19/04/1943	DESPLA...	05/06/2025 16:16	0j 01h16		Lettre méd liaison MISAG	07 CR. d'hospitalisation
DESPLAN GUILLAUME	DESPLAN GUILLA...	29/08/1932	DESPLA...	05/06/2025 18:09	0j 01h39		Lettre méd liaison MISAG	07 CR. d'hospitalisation
KARA TERKI YAZID	QUITMAN Karole	27/09/1929	THOM...	04/06/2025 08:26	0j 04h39		Lettre méd liaison MISAG	07 CR. d'hospitalisation
ROUVIERE NICOLAS	ROUVIERE NICOLAS	19/04/1943	ROUVIE...	05/06/2025 16:03	0j 01h16		0- Certif ordonnance Bicone	10 Ordonnances DMP
DESPLAN GUILLAUME	DESPLAN GUILLA...	29/08/1932	DESPLA...	05/06/2025 18:01	0j 01h31		0- Certif ordonnance Bicone	10 Ordonnances DMP

UH : 4613-CGE00-COURT SEJ HJ (13 lignes)
UH : 1211-LAP01-MED INTERNE HC (1 ligne)

Dossiers en cours | Mes Rendez-Vous

Date de vale
Du 09/12/20
ou sur
Courriers av
Echec lors

A Compléter - AMA
A Compléter - MED
A Dicter - MED
A Envoyer - AMA
A Signer - SENIOR
A Transcrire - AMA
Envoyé-Verrouillé

«TITRE» «PRENOM» «NOM»
«RUE»
«RUE1»
«RUE2»
«CODEPOST» «VILLE»

Document en attente de validation
(merci de retirer cette ligne après la signature du médecin)

Dossiers en cours | Mes Rendez-Vous | Recherche de dossiers Patient | Suivi de correspondance

Date de valeur | Echéance
Du 09/12/2024 au 06/06/2025
ou sur le(s) 180 dernier(s) jour(s)
Courriers sans échéance
Echec lors de l'envoi par messagerie sécurisée

GERONTOLOGIE BAI
Tous les services
Mes docs
Dossier urgente
Rattachés aujourd'hui
Courriers supprimés
Ignorer les courriers des séjours détruits

Type des courriers
(Aucun filtre sélectionné)
Filtre sur le libellé des courriers
Resp./Rédacteur
(Aucun filtre sélectionné)

FC

Statut : A Transcrire - AMA (3 lignes)
Statut : A Envoyer - AMA (10 lignes)
Statut : A Compléter - AMA (23 lignes)

457 ligne(s) après la période du 28/05/2025 00:00 au 30/05/2025 23:59.

Les lettres-types sont donc des objets qui garantissent l'uniformité graphique et juridique des documents tout en permettant une production à grande échelle. Le recours quotidien des secrétaires médicales à ces outils pour aller plus vite, ne retire néanmoins pas la nécessité de relire, corriger, compléter et adapter ces trames aux singularités des patient·es et des situations cliniques. Dans ce sens, la lettre-type est un objet collectif : conçue en amont par des équipes techniques ou administratives, elle est ensuite investie et transformée par les secrétaires, qui la rendent opérante.

Variation 2 : Avec ou sans DxCare, l'adressage des courriers

La deuxième variation graphique que l'on peut observer sur les compte-rendus concerne ce que l'on nomme l'adressage (ou de « publipostage » si l'on reprend les termes de Microsoft Word), c'est-à-dire les modalités permettant l'envoi postal des courriers. Qui est le destinataire du courrier ? Est-il adressé aux patient·es et/ou à d'autres médecins ? La mise en forme de l'adresse du destinataire est-elle automatisée ? Dans quelles bases de données sont stockées ces adresses ? Le courrier est-il envoyé par voie postale ou remis en main propre ? Ces courriers sont-ils imprimés et par qui ? Qui les mets sous pli ? Toutes ces questions permettent d'identifier des variations visuelles, presque invisibles dans la mise en forme de ces documents.

Pour comprendre ce qu'il se joue dans le petit encart réservé à l'adresse du destinataire d'un courrier, il faut comprendre plus largement le système d'information dans lequel cet encart est construit. Au CHU de Montpellier, il existe trois manières principales de procéder à la production de courriers : en utilisant DxCare, le logiciel qui héberge les dossiers patients informatisés ou l'une de ses variantes (DxImages, DxLab, DxUrgences), en utilisant un autre logiciel métier, ou bien en produisant manuellement ces courriers. Dans tous les cas, c'est Microsoft Word qui est utilisé comme logiciel de traitement de texte, raccordé ou non à l'un des précédents logiciels.

La majorité des services hospitaliers utilisent DxCare. Le travail s'organise de manière collective autour d'une interface de « gestion des correspondances ». Lorsqu'une secrétaire clique sur cet onglet, une (longue) liste de documents « en cours » s'affiche selon des modalités personnalisables par chaque utilisateur·ice. Chaque compte-rendu passe alors par 6 étapes :

« à dicter (med) »

« à compléter (med) »

« à compléter (ama) »

« à signer (med) »

« à envoyer (ama) »

« envoyé-verrouillé »

Chacune de ces catégories fige à minima des règles de validation numérique de l'avancée des documents dans leur processus de production. Certaines étapes ne nécessitent pas réellement d'intervention nouvelle mais la personne à qui la tâche est attribuée doit au moins valider la tâche. C'est le cas des catégories « à compléter », dont l'usage réel dépendant de l'organisation de chaque service et de chaque médecin. Parfois les médecins ne complètent pas du tout le document : ils dictent leurs comptes-rendus et le signent après une brève relecture. Parfois, ces dernier·ères veulent maîtriser la production complète du document et les secrétaires n'interviennent pas du tout. Entre ces deux situations, toutes les variations sont possibles à chaque étape de la production du document : la manière de dicter un compte-rendu (dictaphone ou frappe directe), l'organisation de la relecture entre médecins et secrétaires en fonction des exigences de chacun·e, la manière de signer (numérique ou manuscrite), et même d'envoyer le courrier (via le logiciel PlanetPress qui généralise la production de courriers de l'hôpital ou bien de manière locale lorsqu'une urgence ou une panne l'exige).

Lorsque DxCare est utilisé pour produire des courriers, ces derniers ne sont pas imprimés et expédiés par le secrétariat mais par le service de reprographie, qui utilise un logiciel dédié, PlanetPress, pour récupérer les courriers, les imprimer et les mettre sous pli. Pour que cette forme d'automatisation de l'impression et de l'envoi des courriers fonctionne, les normes de mise en page de l'adresse d'expédition sont particulièrement strictes (police de caractère Verdana, en corps 7, suivi de 5 saut de lignes après l'adresse postale). Si ces codes ne sont pas respectés, un « rejet éditique » empêche la secrétaire de « valider et envoyer » sur l'interface de DxCare.

Au-delà de la mise en forme de l'adresse, c'est le contenu de l'adresse qui doit aussi faire l'objet d'une attention particulière. Lorsque tout fonctionne comme prévu, les secrétaires renseignent et mettent à jour les « médecins correspondants » dans le dossier de chaque patient. Lorsqu'elles créent un nouveau courrier, l'adresse de ces médecins est automatiquement saisie sur le courrier, grâce à une base de données mise à jour par les services informatiques. Cette base de données est constituée de deux annuaires, un pour les médecins internes au CHU, un autre pour les médecins externes. Néanmoins, leur mise à jour n'est pas toujours effective, et des erreurs se glissent alors dans les courriers : l'adresse n'est pas saisie automatiquement, ou bien elle est erronée. Dans ces cas-là, ce

sont les secrétaires qui se chargent d'entrer manuellement les adresses sur les courriers ou bien de les mettre à jour dans les annuaires. Certaines d'entre elles constatent ainsi que ce type de problèmes leur sont souvent incombées : Un patient ne reçoit pas un courrier ? C'est sûrement la secrétaire qui a mal mis en page le courrier. Un médecin n'est pas mis en copie des échanges ? C'est sûrement la secrétaire qui a mal paramétré le logiciel et l'ajout de correspondant·es.

Malgré ces problèmes récurrents, le système d'envoi postal passant par DxCare est relativement opérant et il permet d'accélérer l'envoi postal des courriers. Mais comme je l'ai dit, la production des courriers ne passe pas toujours par ce logiciel. Certains services hospitaliers contournent ce fonctionnement central, pour des raisons pratiques ou légales. Ce choix peut être lié à la trop faible quantité de courriers produite par le service, qui ne justifie pas d'utiliser un outil pensé pour une échelle de production plus grande. C'est parfois le contexte de l'activité qui empêche l'usage de DxCare : en médecine légale, le statut « non soignant » de la discipline interdit l'accès aux dossiers des patient·es, et donc à DxCare. Dans les laboratoires de génétique, le caractère particulièrement confidentiel des données oblige à utiliser un logiciel spécifique (qui n'a lui-même été mis en place que récemment pour remplacer un fonctionnement uniquement papier). Dans ces cas-là, les courriers sont produits de manière plus artisanale, à l'aide de lettres-types intégrées manuellement à Microsoft Word. Certains secrétariats utilisent également du papier à en-tête, sur lequel sont imprimés des documents dont le modèle repose, en creux, sur celui déjà imprimé sur le papier à en-tête.

Enfin, dans les différents types d'environnement logiciels, la production des compte-rendus repose sur certaines spécificités de l'activité et de la gestion des patient·es : certains compte-rendus ne sont adressés qu'aux « médecins correspondants », mais ils sont remis, pour information, aux patient·es. Mais dans certains services, comme en gérontologie, une mention spécialement adressée aux patient·es précède le début du courrier à proprement parler (qui est toujours adressé à un·e autre médecin).

Ainsi, derrière le petit encart d'adresse et la banalité du publipostage se joue une part décisive de la vie graphique des comptes-rendus : s'y cristallisent des infrastructures logicielles plus ou moins centralisées et une distribution des responsabilités qui fait des secrétaires médicales les gardiennes de la bonne circulation des courriers.

Variation 3 : les fautes de frappe et les normes rédactionnelles

La troisième variation graphique dans la production des comptes-rendus médicaux est liée aux normes rédactionnelles utilisées. Ces normes sont relatives au bon usage du français mais elles dépendent aussi des pratiques des soignant·es.

Lorsqu'on interroge une secrétaire sur sa manière de frapper des courriers, elle répond souvent que cela dépend des différent·es médecins avec qui elle travaille : « c'est médecin-dépendant », disent-elles à l'unisson. Les secrétaires n'ont pas de méthode unique, puisqu'elles doivent s'adapter aux préférences et habitudes de chaque médecin. Un œil attentif pourra ainsi distinguer différents types de compte-rendus médicaux en fonction de sa longueur, de la structuration de ses contenus, de certaines normes rédactionnelles et de la qualité de l'orthographe (ou au contraire de la présence de fautes de frappe). Si en médecine légale, les rapports d'autopsies adoptent une rédaction très littéraire, et s'étale sur plusieurs pages, un compte-rendu opératoire est généralement plus succinct et très structuré (phrases courtes, listes, etc.). On peut également distinguer les compte-rendus rédigés uniquement par des médecins à des fautes de frappes que des secrétaires ne laisseraient pas passer. Aux urgences, les lettres de sorties seraient truffées de fautes de frappe sans l'intervention des secrétaires, dont le travail de relecture est plus prenant qu'ailleurs : ces fautes de frappe sont très nombreuses chez les médecins urgentistes, qui disposent d'un temps très limité pour remplir les différents questionnaires qui permettent de générer la lettre de sortie.

Ainsi, pour produire des documents les plus irréprochables possibles, les secrétaires médicales doivent dans un premier temps maîtriser les règles communes de la langue française, les règles communes de terminologie médicale mais aussi les règles de chaque praticien·ne. Par exemple, il est d'usage chez les médecins d'utiliser des majuscules pour les noms de traitements médicamenteux, les acronymes ou pour insister sur un mot important. Par exemple : « ARRÊT DE TEL TRAITEMENT ». Les termes médicaux sont généralement reconnus sur Word, qui a été augmenté de dictionnaires de terminologie médicale, mais certaines habitudes des médecins ne sont pas reconnues car assez informelles, comme l'utilisation d'espaces, de tirets entre des termes médicaux (par exemple : hétéro-infection). La relecture de compte-rendus nécessite également la connaissance des noms propres de médecins pour effectuer une lecture efficace sans faire appel à un moteur de recherche.

La normalisation des compte-rendus repose aussi, en amont, sur la bonne compréhension des enregistrements vocaux des médecins. La qualité sonore joue un rôle important dans la compréhension des propos dictés : les médecins parlent souvent loin du micro, ils marmonnent, ce qui rend la frappe plus difficile. Les secrétaires doivent également être capables de retranscrire des noms propres

(DUPONT ou DUPOND ?) et comprendre les accents étrangers de certains médecins. Pour ces dernier·ères, il faut souvent porter une attention particulière à la grammaire. Les AMA finissent par connaître les voix de différent·es médecins, ce qui leur permet parfois d'éviter des erreurs de dictée sur les mauvais dossiers.

Enfin, si l'utilisation de la reconnaissance vocale a permis de faire gagner un temps auparavant dédié à la frappe, les textes produits par ces outils sont loin d'être parfaits. Le jour où j'observe Linda* relire un compte-rendu produit avec l'outil Zenidoc, elle réalise d'abord que le compte rendu n'est pas associé au bon patient, elle tente de retrouver la bonne identité, mais comme il lui est difficile de naviguer dans l'enregistrement audio, elle peine à trouver le véritable nom du patient. S'ajoute à ces latences la mise en forme laborieuse du texte brut généré par Zenidoc : noms propres, majuscules, ponctuations, retours à la ligne doivent être vérifiés. Ce jour-là, la relecture prend une bonne demi- heure avant que Linda*, excédée par cet outil, ne change de tâche.

Ainsi, si les erreurs rédactionnelles, orthographiques et ortho-typographiques sont rendues invisibles par l'intervention des secrétaires, elles constituent des points de distinction entre différents types de compte-rendus, services ou médecins, si on les observe au cours du processus de production de ces documents.

Variable 4 : des documents signés

Enfin, la dernière variation que l'on peut observer sur les compte-rendus médicaux est la manière dont ces documents sont signés. La numérisation progressive de ce geste manuscrit a influencé les « tours d'écriture » (Fraenkel, 2001) dans la production de ces documents. La signature manuscrite a (presque) disparu pour laisser place à une sécurisation invisible de la responsabilité liée à ces documents.

À l'hôpital, la signature d'un document n'engage pas que les médecins qui tiennent le stylo : comme le souligne Béatrice Fraenkel, « la signature se présente comme un acte pris dans une action plus large. Elle suppose plusieurs actants, plusieurs auteurs, plusieurs mains » (2008, 10). Sur certains modèles de courriers, on peut voir, inscrite par défaut, une mention en gras et en rouge : « En attente de validation ». Cette mention est supprimée manuellement par les secrétaires médicales, une fois que les médecins ont validé le courrier et que ces dernières font une dernière relecture avant de « valider et envoyer ». Dans le flux continu de l'information, il existe alors des moments de suspension, où les secrétaires attendent. Cela peut durer quelques heures, des jours, des semaines, voire des mois. Les secrétaires ont beau signifier, interpeller, rappeler, elles ob-

tiennent rarement gain de cause. Sans signature, le document qu'elles ont contribué à produire n'a aucune valeur.

La signature est un geste graphique qui parachève le document, lui conférant un statut officiel et une valeur juridique. Comme l'écrivent Béatrice Fraenkel et David Pontille, « la signature nécessaire à la perfection d'un acte juridique identifie celui qui l'appose » (Fraenkel et Pontille, 2003, 18). La manière dont la signature se fraie un chemin en fin de chaîne de production a néanmoins beaucoup évolué : aujourd'hui, rares sont les médecins qui continuent de signer de façon manuscrite les comptes-rendus médicaux. La signature électronique est aujourd'hui largement utilisée et les documents « signés » par voie électronique ressemblent aux documents non signés : le nom, prénom, titre et parfois le code RPPS[5] sont inscrits en fin de courrier. C'est le parcours électronique du document d'une étape à une autre qui permet finalement son envoi postal ou électronique. La signature, ou plutôt son absence, est ici à comprendre comme un barrage numérique, qui empêche les documents de circuler sans l'aval du médecin responsable. Ainsi, au-delà de son apparente simplicité, la signature électronique repose sur une infrastructure matérielle souvent complexe. Fraenkel et Pontille rappellent que « la signature électronique, contrairement à la signature traditionnelle, est détachée des auteurs » et qu'elle devient « une technique de validation garantie par un prestataire, une société spécialisée, elle-même sous contrôle de l'État » (*ibid.*, 20) – ici, l'éditeur du logiciel DxCare. Autrement dit, l'acte de signer ne se réduit plus à un tracé manuscrit mais mobilise des dispositifs cryptographiques, des certificats numériques, des serveurs sécurisés, autant d'artefacts techniques qui garantissent l'intégrité et l'authenticité du document.

La signature électronique ne peut néanmoins se comprendre qu'en regard de son ancrage historique dans la matérialité du papier, qui plus est dans un environnement comme l'hôpital où les documents signés finissent toujours par être imprimés d'une manière ou d'une autre. Comme le rappellent Fraenkel et Pontille, « en France, et en dehors du Code Civil, tous les textes réglementant les pratiques d'écriture juridiques [...] sont pensés explicitement du point de vue du support papier » (*ibid.*, 8). La force probatoire de l'écrit tenait à une alliance entre support et signe : le papier stable, immuable, porteur d'originaux, et le tracé manuscrit, unique et autographe. La loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 a ainsi redéfini la validité juridique de la signature : il s'agissait de « faire de la preuve électronique l'équivalent de la preuve papier » (*ibid.*, 9). Cette réforme a déplacé la question de l'authenticité : « ouvrir la voie à l'établissement d'actes

[5] Le numéro RPPS est l'identifiant unique et pérenne des médecins en exercice, qui conservé durant toute leur vie professionnelle quels que soient leurs lieux et modes d'exercice. L'identité numérique permet d'accéder aux services numériques en santé.

électroniques “solennels” dépasse l’adaptation aux nouvelles technologies, c’est au cœur du système des preuves que l’on s’attaque » (*ibid.*, 3). Cette numérisation transforme ainsi la matérialité de la signature. Le rituel du parapheur physique et des allers-retours de documents papier a disparu. La signature devient un clic sur une interface et ce déplacement affecte la relation entre les médecins et les secrétaires. Autrefois, ces dernières développaient une familiarité intime avec la signature de « leur médecin », au point de savoir distinguer une vraie signature d’une fausse. Cette reconnaissance constituait une forme de proximité professionnelle, une connivence construite dans la matérialité du signe. La numérisation tend à effacer cette dimension relationnelle.

Pourtant, « la signature électronique, loin de simplifier la procédure d’établissement d’un acte authentique, la complexifie considérablement en introduisant une nouvelle chaîne d’actants » (Fraenkel, 2003, 20). La signature engage toujours une distribution hiérarchique à l’hôpital : dans certains services, plusieurs médecins co-signent (par exemple un senior et un junior en biologie), mais c’est toujours le médecin senior qui détient l’autorité finale de validation. Ainsi, si l’on est certain·es de pouvoir identifier le ou la médecin responsable d’un compte-rendu donné, rien n’est moins sûre quant aux secrétaires médicales qui ont contribué à sa production : la seule trace qu’un regard aguerri pourra trouver, ce sont les initiales que certaines secrétaires apposent en haut des courriers, séparées d’un « slash » de celles du médecin signataire : une forme de signature non officielle. Cette pratique, observée dans plusieurs services, constitue une marque discrète de participation, qui permet aux secrétaires d’organiser collectivement leur travail : si généralement, chacune prend en charge un compte-rendu de A à Z, il arrive qu’elles doivent se relayer. L’annotation des initiales, dans le courrier mais aussi sur l’interface de DxCare, permet de s’y retrouver. Plus généralement, cette pratique d’annotation des initiales constitue une forme de reconnaissance pour qui sait lire ces inscriptions.

Si la signature électronique est devenue une norme à l’hôpital, il est néanmoins intéressant d’observer que certaines signatures manuscrites restent, apposées sur des documents dont la production n’a pas été numérisée : des demandes d’examens, des bons de transports, des arrêts de travail, ou bien certains comptes-rendus que les médecins tiennent à signer à la main. Ces signatures manuscrites qui résistent peuvent être celles de médecins qui tiennent à conserver un fonctionnement « papier » mais elles sont souvent la trace d’un « trou dans la raquette » de l’interopérabilité : certains documents circulent uniquement sous format papier et doivent donc être signés à la main.

Finalement, l’analyse de la vie graphique des comptes-rendus médicaux montre que ces documents relèvent moins d’une forme stable que d’une famille d’objets dont l’unité tient à un faisceau de ressemblances plus qu’à une définition stricte.

Les variations décrites – modèles de lettres, adressage, normes rédactionnelles, modalités de signature – rendent visibles les multiples ajustements qui traversent la fabrication de ces documents et révèlent le caractère profondément collectif et distribué de leur production. Elles montrent aussi le rôle central, souvent invisible, des secrétaires médicales dans la cohérence pratique de ces écrits.

L'auctorialité des documents administratifs

Les comptes-rendus médicaux que j'ai étudiés font partie de ces objets qui n'ont pas d'auteur·ice, si ce n'est l'institution qui emploie les personnes qui produisent ces documents. Si l'on s'en tient aux cas simples, où seul·es un·e médecin et un·e secrétaire collaborent à la production d'un compte-rendu, on peut analyser ses principes d'auctorialité de la manière suivante : le ou la médecin est systématiquement reconnu comme responsable de ce document, et en cela, il appose sa signature à la fin de sa rédaction. Néanmoins, ce médecin participe plus ou moins pleinement à sa production. Au minimum, il dicte un compte-rendu sur un dictaphone, qu'il retrouve ensuite transcrit et mis en forme par une secrétaire médicale, prêt à être signé. Les médecins prennent néanmoins de plus en plus part au travail de formalisation, allant jusqu'à reléguer les secrétaires à une ultime relecture formelle après signature.

Par ailleurs, la réception de ces documents par ce que l'on pourrait nommer des « lecteur·ices », ou plutôt des « utilisateur·ices » de ces documents (Gitelman, 2014, 30-31) est largement régie par des niveaux d'expertise médicale divers : alors que les médecins acquièrent des compétences de lecture transversales et rapides, les patient·es les moins aguerri·es auront tendance à ne pas lire ces documents ou bien à les « sur-lire » pour tenter de les interpréter à partir de leurs connaissances lacunaires. Dans tous les cas, c'est sur le contenu plus que la forme que ces lecteur·ices-utilisateur·ices se concentreront, ignorant comment la forme de ce document influence la lecture qu'ils et elles en ont. Lorsqu'un document leur parvient, c'est souvent de la main d'une secrétaire. Lorsqu'il y a un problème avec ce même document, c'est souvent le secrétariat que l'on appellera. Ces documents, compris comme des traces, apparaissent dans le champ de perception de leur lectorat de manière inexpliquée : ces traces sont là, c'est tout. Ce qu'il se passe en coulisse n'est jamais expliqué : le document est présenté soit comme une production indistincte du service hospitalier ou de l'hôpital, soit comme une extension de la pensée du médecin. Leur auctorialité n'est jamais questionnée.

Pourtant, lorsque l'on s'intéresse à des objets graphiques, on parle souvent de leur(s) auteur·ice(s). C'est du moins une tradition dans les champs du design et de l'histoire de l'art. Dans ce chapitre, j'ai néanmoins montré que les objets graphiques que j'ai étudiés – des documents administratifs – n'ont pas d'auteur·ices. Ils ont plutôt des signataires, et plus largement un ensemble de contributeur·ices. En guise d'ouverture à ce chapitre, je voudrais discuter de la notion d'auctorialité et en quoi elle peut être utile pour approfondir l'étude de la collaboration dans la production documentaire à l'hôpital.

Béatrice Fraenkel signale l'importance de certains signes d'auctorialité dans la mise en visibilité du travail accompli : « la présence d'un nom propre, d'une signature, par exemple, au bas d'une résolution, d'un compte rendu, peut occulter sous un référent unique un groupe de travail dont les membres tombent dans l'anonymat » (Fraenkel, dans : Fraenkel et Borzeix, 2001, 128). Néanmoins, si certains documents demandent à être signés, ils n'ont pas pour autant d'auteur·ice, tel qu'on l'entend habituellement : la production de documents administratifs est la plupart du temps enchâssée dans des « tours d'écritures » (*ibid.*, 127) qui amènent différentes personnes à agir sur un même document, au travers d'une diversité d'opérations, comme la rédaction, la frappe, la lecture, la relecture, la copie, etc. Le sociologue Lindsay Prior constate quant à lui que l'étude des documents ne peut se reposer sur la notion d'auctorialité telle qu'elle est définie par la tradition littéraire occidentale : la production des documents peut difficilement reposer sur la désignation d'un·e ou de plusieurs auteur·ice identifiables et il est intéressant de noter « quels types de documents sont normalement associés à des auteurs-sujets identifiables (livres, pièces de théâtre, poèmes, articles scientifiques), et lesquels ne le sont pas (actes législatifs, rapports de commissions, billets de théâtre, formulaires fiscaux, cartes modernes, billets de train, etc.) » (Prior, 2003, 12). Il emprunte la notion de « boîte noire » à Bruno Latour pour désigner le statut d'auteur : « c'est une boîte qu'il faut ouvrir et examiner attentivement si nous voulons révéler quoi que ce soit sur la manière dont les documents sont assemblés, utilisés et fonctionnent dans la vie quotidienne » (Prior, 2003, 90).

Dans les disciplines dédiées aux images et à leurs conditions de production, il est étonnant de voir que peu de travaux portent sur les documents administratifs. En histoire de l'art, en études visuelles ou en design graphique, cela s'explique par la centralité accordée à l'auctorialité des productions visuelles : on s'intéresse principalement à des objets « d'auteur·ice ». L'historienne du design graphique Clémence Imbert synthétise ainsi la corrélation entre absence de signature et transparence du médium qui supporte l'information :

> « S'il arrive que les objets de graphisme soient signés (dans les colophons des livres, les ours des revues, les marges des affiches), il faut reconnaître

> qu'en pratique, la majeure partie des usagers d'objets graphiques n'est pas consciente du travail de mise en forme. Elle reçoit comme "allant de soi" la mise en page des livres et des journaux qu'elle manipule, le caractère retenu pour un panneau signalétique, ou la schématisation des lignes et des stations sur un plan ferroviaire » (Imbert, 2017, 39).

Cette auctorialité discrète s'inscrit dans des formes de design documentaire marquées par l'effacement. La tradition moderniste du graphisme suisse « prescrit d'ailleurs que l'intervention du graphiste se fasse imperceptible, homogène et systématique, pour mieux véhiculer le message à transmettre » (Imbert, 2017, 39). Ce faisant, la mise en forme graphique participe elle aussi à rendre « neutres » des objets qui sont pourtant l'aboutissement d'un travail collectif. Vivien Philizot invite ainsi à mieux regarder ces objets graphiques qui « se soustrayant à notre regard au moment où nous les pratiquons, semblent bien disparaître en se socialisant » (Philizot, 2024, 41). Autrement dit, l'efficacité apparente des documents administratifs est permise par une invisibilisation du travail qui les rend possibles. Il est donc important de questionner la notion d'auctorialité dans un sens élargi pour mettre au jour les hiérarchies qui régissent la production de documents tels que les comptes-rendus médicaux à l'hôpital.

Ce chapitre analyse la question des interruptions et de la charge mentale dans le travail des secrétaires médicales : appels, passages de patient·es, sollicitations des médecins ou arrivées de documents fragmentent sans cesse le travail. En décrivant ces micro-événements, le chapitre montre comment les secrétaires développent une compétence de disponibilité organisée, consistant à maintenir la continuité dans la discontinuité. Ce régime attentionnel, souvent naturalisé comme féminin, fait écho aux logiques domestiques : soin des autres, anticipation, maintien d'un ordre invisible. Du foyer au bureau, les secrétaires développent ainsi une cognition distribuée qui s'appuie sur une variété de choses qui peuplent l'espace du secrétariat. La culture de l'interruption qui caractérise le métier de secrétaire médicale est enfin à comprendre d'un point de vue spatial : tantôt isolé ou au cœur du soin, le secrétariat cristallise un rapport particulier aux mouvements et déplacements des secrétaires, contraintes à la fois par une obligation de présence à leur bureau mais aussi par des déplacements journaliers d'un bureau à l'autre.

Interrompre,
Attendre,
Accélérer,
Se souvenir,
(se) Rappeler,
(se) Répéter,
Décrocher,
Garder le fil,
Suivre, Mettre
en attente,
Mémoriser,
Contourner,
Ennuyer,
Rattraper,
(se) Déplacer

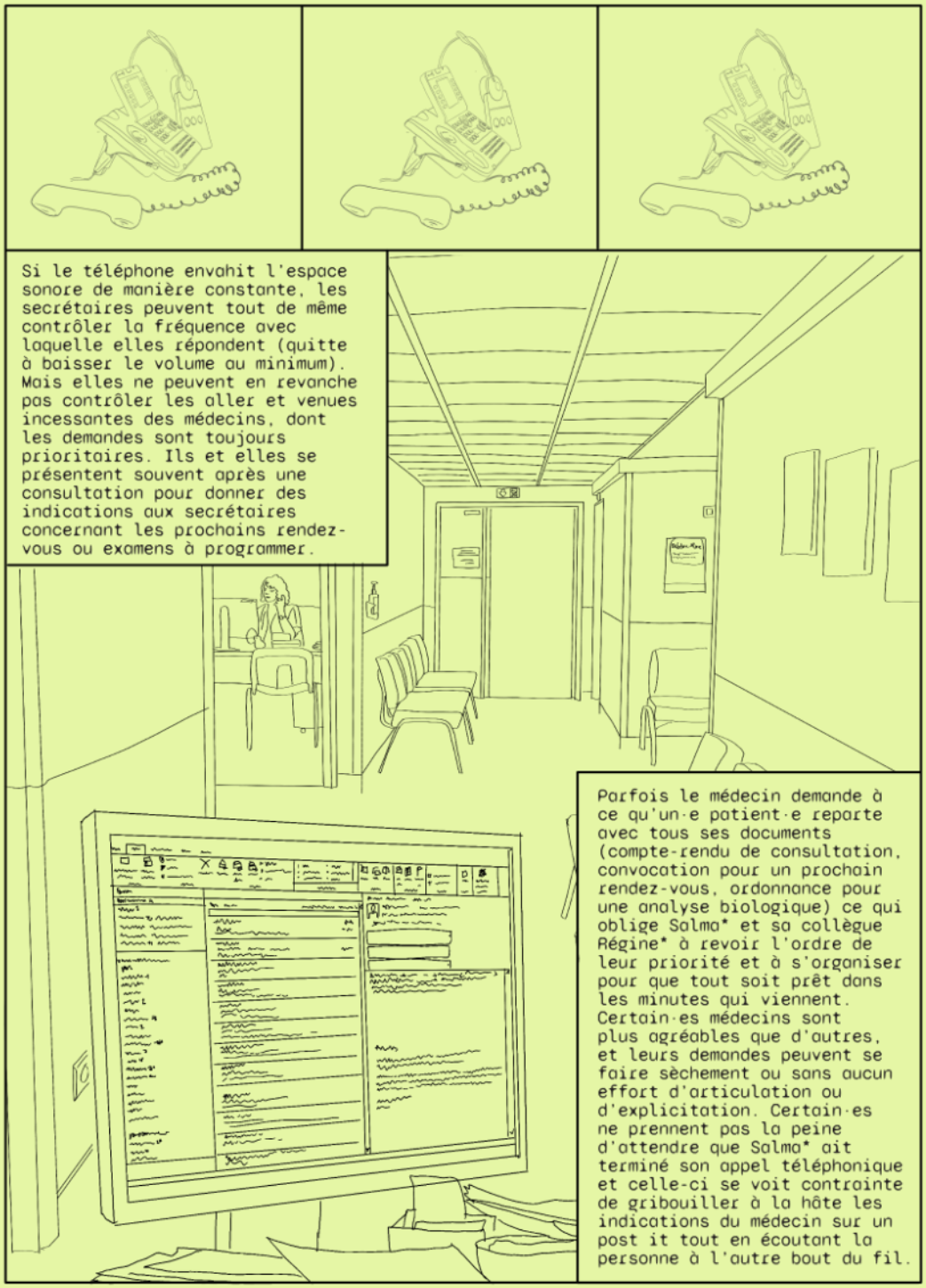
Chapitre 12

Interruptions.
Du foyer au bureau, continuités de la charge mentale

L'interruption en urologie

Lorsque j'arrive pour mon premier jour d'observation dans le service d'Urologie, Salma* revient de quelques jours de congés. Alors que le service est relativement calme, vacances scolaires oblige, la secrétaire est en revanche loin d'être calme. Ce matin-là, elle laisse sonner le téléphone car elle est débordée par les tâches en retard. Toute la journée, la liste de mails à traiter ne diminue jamais, elle se remplie sans que Salma* ne parviennent à la faire baisser. Les missions de chacune des 4 secrétaires de ce service, habituellement bien définies, ont été récemment perturbées, ce qui oblige les unes et les autres à rattraper le retard accumulé en prenant en charge tout en même temps. Cette accumulation ponctuelle me donne ainsi à voir une caractéristique omniprésente du métier de secrétaire médicale : l'interruption.

Bien qu'elles essaient de diminuer cet effet en se répartissant des tâches uniques et différentes chaque jour, les secrétaires sont constamment, chaque jour, et des dizaines de fois chaque heure, interrompues dans leurs activités : un·e patient·e, un·e médecin, une collègue secrétaire, un·e infirmier·ère, le téléphone, les mails, un fax. Autant de raisons de s'interrompre pour reprendre plus tard (quelques minutes, heures ou jours plus tard). Salma* s'est ainsi habituée à faire plusieurs choses à la fois, entretenant plusieurs « lignes de production » dans sa tête.
Par exemple, elle se lance sur une pochette de programmation, puis est coupée par un premier appel. Elle reprend sa pochette et en remplit la fiche récapitulative avant d'être à nouveau interrompue par la sonnerie du téléphone. Avant de terminer sa fiche de programmation, c'est un médecin qui entre dans le bureau pour discuter. Entre-temps, Salma* avait mis en attente une patiente, qu'elle reprend subitement après avoir retrouvé un numéro de téléphone.


Si le téléphone envahit l'espace sonore de manière constante, les secrétaires peuvent tout de même contrôler la fréquence avec laquelle elles répondent (quitte à baisser le volume au minimum). Mais elles ne peuvent en revanche pas contrôler les aller et venues incessantes des médecins, dont les demandes sont toujours prioritaires. Ils et elles se présentent souvent après une consultation pour donner des indications aux secrétaires concernant les prochains rendez-vous ou examens à programmer.
Parfois le médecin demande à ce qu'un·e patient·e reparte avec tous ses documents (compte-rendu de consultation, convocation pour un prochain rendez-vous, ordonnance pour une analyse biologique) ce qui oblige Salma* et sa collègue Régine* à revoir l'ordre de leur priorité et à s'organiser pour que tout soit prêt dans les minutes qui viennent. Certain·es médecins sont plus agréables que d'autres, et leurs demandes peuvent se faire sèchement ou sans aucun effort d'articulation ou d'explicitation. Certain·es ne prennent pas la peine d'attendre que Salma* ait terminé son appel téléphonique et celle-ci se voit contrainte de gribouiller à la hâte les indications du médecin sur un post it tout en écoutant la personne à l'autre bout du fil.

Mères et secrétaires. Continuum de la charge mentale

En observant les salles d'attentes qui jouxtent les secrétariats et leurs guichets, je me suis rendue compte, et cela m'a été confirmé par les secrétaires avec qui j'en ai discuté, que les femmes sont très actives dans la part administratives des soins – qu'il s'agisse de leur prise en charge, de celle de leur conjoint ou de leurs enfants. Les hommes se présentent rarement seuls à leurs consultations, ils sont souvent accompagnés de leur épouse. Ils sont souvent peu bavards, parfois à peine au courant de ce qui les amène à l'hôpital. Les épouses, quant à elles, se présentent au guichet, discutent avec les secrétaires, posent des questions. Elles connaissent mieux que leur mari le dossier médical de ce dernier, ses médecins, son historique de consultations, son numéro de sécurité sociale, sa mutuelle, etc.

Cette charge mentale administrative est décrite par Yasmine Siblot dans un article portant sur le rôle des femmes dans la gestion administrative familiale intitulé « Je suis la secrétaire de la famille ! » (2006). S'il n'est pas question ici de poursuivre l'analyse des dynamiques entre les patient·es et leur conjoint·es dans la gestion des soins, cette observation m'amène à pointer du doigt un lien étroit entre cette charge mentale administrative dans le cadre privé et celle que j'ai pu observer dans un cadre professionnel chez les secrétaires médicales.

Ce lien s'est historiquement construit sur un glissement de qualités « féminines » jugées naturelles, depuis l'espace domestique vers le travail de bureau : patience, politesse, soin du détail (Pinto, 1987). Cette assignation de genre s'est faite dans un contexte de segmentation du travail de bureau entre postes masculins d'encadrement et postes féminins d'exécution (Strom, 1992). Cette dynamique se prolonge aujourd'hui : Christelle Avril (2019) s'interroge sur cette filiation dans un article intitulé « Secrétaires, des domestiques comme les autres ? » (2019), afin de souligner la continuité entre le travail domestique et le travail administratif. Le secrétariat, écrit-elle, « participe d'une division sexuelle et sociale du travail où certaines catégories de femmes se voient assigner des tâches de service et de soutien, souvent invisibles, qui consistent à prendre soin du bon déroulement du travail des autres » (Avril, 2019). Cette naturalisation, en rabattant les compétences professionnelles sur des dispositions « féminines » supposées, contribue à l'invisibilisation du savoir-faire spécifique de ces métiers.

Christelle Avril et Irène Ramos Vacca (2020) approfondissent cette perspective en discutant de la dimension genrée de la division morale du travail : certaines catégories de travailleuses sont socialement construites comme devant « se salir les mains pour les autres » (Avril & Vacca, 2020), accepter de prendre en charge la part la plus ingrate ou la moins prestigieuse du travail. Dans le secrétariat médical, cette division morale se traduit par la prise en charge, au quotidien, des imprévus, des erreurs, des retards – bref, de tout ce qui « dérange » le flux pré-

visible de l'activité. Ce travail s'inscrit dans ce que des travaux féministes des années 1980 ont commencé à nommer la « charge mentale » dans l'étude de la division sexuée du travail domestique (Haicault, 1984 ; Walzer, 1983). Elle désigne la responsabilité invisible qui consiste à penser, organiser, anticiper et coordonner le travail, au-delà de son exécution matérielle :

> « La charge mentale est faite ainsi de ces perpétuels ajustements, de la viscosité du temps qui n'est que rarement rythme et beaucoup plus souvent immanence, où se perd le corps, où se tue la tête, à calculer l'incalculable, à rattraper sur du temps et avec du temps, le temps perdu, à faire, à gérer. Elle est lourde aussi de ces minuscules censures qui se disent dans un simple et si fréquent : "je n'ai pas le temps". » (Haicault, 1984, 275)

La sociologue Monique Haicault insiste sur le fait que ce que l'on a nommé « la double journée de travail » n'existe jamais comme deux espaces entièrement hermétiques l'un à l'autre dans l'esprit des femmes qui expérimentent cette charge mentale : les opérations cognitives que la sociologue Allison Daminger identifie pour décomposer la charge mentale – anticipation, planification, prise de décision et suivi (2019) – peuvent aussi être appliquées à un contexte professionnel comme celui des métiers du secrétariat. La charge mentale administrative que je décris dans ce chapitre prolonge ainsi le rôle de « secrétaire de la famille » décrit par Yasmine Siblot (2006) : elle montre comment certaines femmes endossent ce rôle en gérant les formalités administratives, l'archivage des dossiers, les échéances, au bénéfice de l'ensemble du ménage. Dans les familles, ce rôle est rarement négocié : il est attribué d'office et souvent intériorisé. Ce transfert de savoir-faire et de responsabilités du foyer au bureau constitue une continuité structurelle : le poste de secrétaire médicale exige la même capacité à jongler avec des échéances multiples, à anticiper des besoins, à faire le lien entre différent·es interlocuteur·ices et à maintenir la mémoire d'un dossier dans le temps. Ce que Yasmine Siblot décrit pourrait être associé à une « charge administrative » (*administrative burden*), notion utilisée par Pamela Herd et Donal P. Moynihan pour décrire « les coûts que les [citoyen·nes étatsunien·nes] doivent supporter lorsqu'ils recherchent des informations sur les services publics (coûts d'apprentissage), se conforment aux règles et aux exigences (coûts de conformité) et subissent le stress, la perte d'autonomie ou la stigmatisation qui découlent de ces démarches (coûts psychologiques)» (Herd et Moynihan, 2018, 2). Ce terme est également très présent dans les travaux portant sur le travail médical (Storseth *et al.,* 2025) mais j'aimerai ici reprendre ce terme de « charge administrative » pour désigner ce qu'il se passe du côté des secrétaires médicales.

Je montre ainsi que, du foyer au bureau, les secrétaires emportent avec elles une charge mentale qui glisse des tâches domestiques vers leurs tâches profession-

nelles. La frontière entre charge mentale domestique et charge mentale professionnelle s'efface, au profit d'une continuité structurelle où les compétences et les contraintes circulent dans les deux sens. Cette comparaison est d'autant plus intéressante que les secrétaires elles-mêmes font souvent allusion à leur rôle de « maman » dans leur lieu de travail : leur rôle vis-à-vis de certain·es collègues, notamment des internes en médecine, relève d'une bienveillance maternelle (faciliter les choses, faire penser à, faire à la place de, expliquer, re-expliquer, courir après, etc.).

Enfin, dans le cadre hospitalier comme dans le cadre domestique, la charge mentale est alourdie par d'innombrables interruptions qui prennent des formes variées. Ce chapitre vise à décrire les conditions matérielles dans laquelle s'exerce une véritable « culture de l'interruption », qui s'inscrit dans la normalisation d'une charge mentale administrative propre aux femmes qui exercent le métier de secrétaire médicale.

L'interruption comme rythme et non comme accident

Qu'est-ce qu'une interruption ?

La culture de l'interruption par laquelle est marquée le métier de secrétaire médicale m'a été rendue palpable dès mes premiers échanges par mails avec elles. Elles répondent par des messages courts que je juge parfois abrupts. J'ai rapidement compris en observant leur travail que les secrétaires médicales avaient toutes cette même manière de répondre de manière très concise à tout type de sollicitation. En me souvenant des longs mails que j'avais pu leur envoyer en les contactant, j'ai rougi de honte en pensant au temps qu'elles avaient dû passer à les lire, alors que leur rythme de travail les a formées à une culture de l'écrit beaucoup plus synthétique.

Pour décrire cette « culture de l'interruption », il est utile de croiser la littérature féministe précédemment citée, avec des travaux en informatique et en CSCW (*computer-supported cooperative work*) qui ont documenté la place des interruptions dans le travail de bureau. Les interruptions que je décrirai pourront être définies comme des ruptures temporaires dans le cours d'une activité, suivie d'une reprise nécessitant un effort de rappel du contexte et des objectifs. Ces interruptions sont particulièrement présentes dans le travail des secrétaires médicales, mais elles sont aussi propres à l'environnement hospitalier, qui repose sur la prise en charge de patient·es. Néanmoins, dans le contexte des secrétariats médicaux, ces interruptions s'inscrivent dans une organisation du travail dans laquelle les secrétaires n'ont que peu de marge de manœuvre quant à l'organi-

sation de leur temps de travail. Dans un article sur la gestion de rendez-vous dans un service médical spécialisé, Aaron Cicourel (2002) observe ainsi un environnement « chaotique » dans lequel les interruptions « effacent la mémoire active » et obligent à « reconstruire la progression accomplie dans la tâche avant l'interruption » (Cicourel, 2002, 4). Ce qu'il qualifie de « surcharge cognitive » est amplement lié à la difficulté des secrétaires à maîtriser le cours de leur journée de travail, qu'elles passent à appréhender des interruptions que l'expérience aide à absorber. Il note cependant que « les conséquences des interruptions dépendent souvent de la mesure dans laquelle les personnels peuvent organiser leur espace de travail et étendre leur mémoire de travail, implicite et explicite, en créant des annotations ou des marqueurs qui augmenteront leur capacité à recouvrer les aspects locaux de l'environnement, ce qui inclut la signification des différentes choses nécessaires pour rester au niveau des exigences des tâches en cours » (Cicourel, 2002, 4).

Le chercheur en CSCW Mark Rouncefield et ses collègues (1994) décrivent un régime similaire « d'interruption constante » pour décrire des environnements où la fragmentation de l'activité n'est pas l'exception mais la norme. Dans le cadre d'une enquête dans un établissement hôtelier, ils soulignent que l'étude des interruptions au travail permet d'observer de véritables changements de paradigme dans l'organisation de ce dernier. Les agent·es d'accueil de cet établissement sont ainsi amené·es à considérer les activités qu'ils apprécient le plus – le contact avec la clientèle – comme autant d'interruption dans ce qui doit être considérée comme la partie principale de leur travail – la « paperasse » (Rouncefield *et al.*, 1994, 9). Il en ressort que la perception même de ce qu'est une interruption peut évoluer au sein d'un même métier et d'un même espace de travail, en fonction de la manière dont le travail est organisé. Ainsi, une secrétaire médicale, selon le poste qu'elle occupe lors d'une journée donnée, pourra considérer l'arrivée d'un·e patient·e comme une interruption ou comme une priorité.

Ces premières réflexions sur les interruptions observées dans le travail de bureau amènent à interroger les rapports de pouvoir qui maillent la gestion de ces interruptions : qui est interrompu ? Qui a le droit d'éviter les interruptions ? Qui prend en charge l'interruption des autres ?

Interruptions et rapports de pouvoir : de l'accident à la norme organisationnelle

Dans un environnement hospitalier, une demande urgente d'un médecin, un appel d'un patient en détresse, une notification logicielle sont toutes des raisons

La vitrine et les affichettes

Sur la vitrine qui sépare la secrétaire du guichet d'accueil du service de dermatologie et la chaise prévue pour les patient·es, on peut voir un certain nombre d'affichettes, ou bien les traces de scotch ayant permis d'en accrocher d'autres. Cette vitrine, installée initialement durant la pandémie de Covid-19 en 2020, permet moins aujourd'hui de protéger de la circulation d'un virus que d'intermédiaire entre la secrétaire et les patient·es.
Ces dernier·ères peuvent prendre connaissance de modes de fonctionnement du secrétariat qui évitent aux secrétaires de les répéter à longueur de journée. Par exemple, une des affichettes indique que « les secrétaires médicales NE FONT PAS les étiquettes (ni formation, ni logiciel pour) ». On peut déduire que cette affichette fait suite à de nombreuses incompréhensions de la part des patient·es qui n'arrivent pas à faire la distinction entre deux bureaux qui se font face : le bureau des admissions et le secrétariat.

Ces pratiques d'affichages deviennent à certaines occasions un support pour faire des blagues aux collègues secrétaires. Linda* m'explique par exemple qu'une de ses collègues avait affiché une note indiquant « n'embêtez pas les autres AMA, venez me voir ». Linda* ne comprenait alors pas pourquoi tous les patient·es se dirigeaient en priorité vers son bureau, qui n'était pourtant pas le plus proche de l'entrée.

légitimes d'interrompre le fil d'une activité en cours. Ce régime ordinaire de l'interruption est néanmoins genré : il s'inscrit dans un héritage où les femmes au travail restent perçues comme plus disponibles et plus aptes à absorber l'imprévu, en vertu des mêmes qualités supposées qui justifient leur présence majoritaire dans les métiers du *care*. La littérature féministe sur la charge mentale offre un cadre complémentaire pour comprendre ce qui est en jeu dans la légitimité d'une culture professionnelle de l'interruption : le travail invisible de planification et de coordination ne peut être suspendu (Daminger, 2019) et les secrétaires sont, comme les mères de famille, sommées d'anticiper, d'articuler, de relancer, de pallier (Avril, 2019). Les métiers du secrétariat, tels qu'ils sont envisagés à partir du XXe siècle, reposent d'ailleurs sur une certaine division du travail de prise en charge de l'interruption inhérente à un grand nombre de métiers : en absorbant les demandes extérieures, les secrétaires protègent leur patron·ne ou leurs collègues des interruptions qui nuisent à la productivité de ces dernier·ères. Ainsi, l'interruption ne peut être comprise seulement comme une perturbation ponctuelle du travail : elle s'inscrit dans un ordre temporel structuré, qui organise les relations hiérarchiques et la répartition des tâches dans l'hôpital. Stephen R. Barley (1988), reprenant les travaux d'Eviatar Zerubavel, rappelle que :

> « Outre la répartition des activités dans l'espace, rien ne définit mieux les modes de travail que le calendrier des actions. Chaque milieu professionnel est marqué par un « ordre socio-temporel » (Zerubavel, 1981, 1), une structure définie par des séquences, des durées, des emplacements temporels et des fréquences de récurrence. [...] Les cycles, les rythmes, les débuts, les fins et les points de transition ne se contentent pas de soutenir l'aura d'objectivité et de prévisibilité d'une structure sociale, ils nous aident également à définir nos rôles, nos obligations et la teneur de nos relations » (Barley dans : Dubinskas, 1988, 125).

Eviatar Zerubavel distingue deux formes d'organisation sociale du temps : soit une symétrie temporelle (partage d'un même rythme), soit une asymétrie temporelle (coexistence de temporalités différentes). La symétrie temporelle correspond aux situations où les acteur·ices adhèrent à « un modèle particulier de coordination temporelle » (Zerubavel, 1981, 64), où les rythmes de vie des gens se dupliquent. L'asymétrie, au contraire, survient lorsque des groupes existent de manière contiguë mais adhèrent à des arrangements temporels alternatifs » (Barley, dans : Dubinskas, 1988, 127). Dans un service hospitalier, cette asymétrie est manifeste : les secrétaires évoluent au cœur d'un régime d'asymétrie temporelle, où le temps du soin est difficilement compatible avec le temps de l'administration, notamment chez les professionnel·les de santé. Le fonctionnement quotidien d'un secrétariat médical s'adapte aux temporalités des activités de

soin : il repose sur un enchaînement de séquences (réception d'un·e patient·e, frappe d'un compte-rendu, traitement d'un courrier, etc.), de durées plus ou moins prévisibles, et de moments récurrents (arrivées de résultats d'examens, plages de consultations, etc.). Les interruptions se jouent dans l'articulation entre ces séquences et plages de temps définies : elles ne sont jamais des accidents temporaires, elles sont constitutives de l'ordre temporel du secrétariat.

Les médecins, s'ils et elles sont également affecté·es par des interruptions constantes dans leurs activités, ont une plus grande capacité à hiérarchiser et organiser les tâches qui leur parviennent. Dans une culture de l'interruption commune à tout un secteur d'activité, celle-ci ne s'exerce pas de la même manière sur différents corps de métiers. On peut ainsi parler d'une domination temporelle qui organise les activités d'un service hospitalier : la capacité d'interrompre une secrétaire en plein traitement d'un dossier pour obtenir immédiatement une programmation ou un document est implicitement reconnue comme un privilège statutaire. Si l'interruption n'est pas propre aux activités du secrétariat, la gestion de ces interruptions relèvent quant à elle de marges de manoeuvres différentes selon les corps de métiers : Stephen Barley montre que dans le cas des radiologues, « à tout moment, [ils] pouvaient être entraînés pendant un bref instant dans l'univers professionnel d'un grand nombre d'individus. C'était comme si [ils] existaient au carrefour d'une multitude de trains dont les horaires étaient imprévisibles et les arrêts inattendus » (Barley, dans : Dubinskas, 1988, 142). On peut dire la même chose des secrétaires, à ceci près qu'elles occupent ce nœud de circulation dans une position subordonnée : elles n'ont que peu de prise sur la gestion des interruptions qui leur parviennent. Refuser une tâche ou la remettre à plus tard est un privilège que seules les plus expérimentées peuvent se permettre.

Lorsque l'ordre temporel est rompu, ce sont souvent les secrétaires qui endossent la responsabilité devant les patient·es ou les collègues, comme le note Barley à propos des technicien·nes de radiologie : « Les patient·es étaient plus enclins à se plaindre auprès du technicien que du radiologue » (*ibid.*, 1988, 146). De la même manière, un retard dans la remise d'un document est imputé à la secrétaire, même lorsque la perturbation provient d'une demande tardive ou mal articulée d'un·e médecin.

Typologie des interruptions dans le travail des secrétaires médicales

Si les interruptions sont nombreuses et variées, celles-ci répondent à des situations récurrentes : l'expérience concrète des secrétaires médicales montre que ces interruptions s'inscrivent simultanément dans des relations, des flux de travail

et des dispositifs matériels. Je liste ici différentes formes d'interruptions, qui ont été notamment observées dans le secrétariat des consultations du service d'urologie du CHU de Montpellier, où Salma* s'est habituée à faire plusieurs choses à la fois : elle entretient plusieurs « lignes de production » dans sa tête. Par exemple, elle se lance sur une pochette de programmation, puis est coupée par un premier appel. Elle reprend sa pochette et en remplit la fiche récapitulative avant d'être à nouveau interrompue par la sonnerie du téléphone. Avant de terminer sa fiche de programmation, c'est un médecin qui entre dans le bureau pour discuter. Entre-temps, Salma* avait mis en attente une patiente, qu'elle reprend subitement après avoir retrouvé un numéro de téléphone. Si j'ai choisi de centraliser dans cette partie les interruptions observées dans un service, la plupart peuvent néanmoins être décrites dans d'autres secrétariats également.

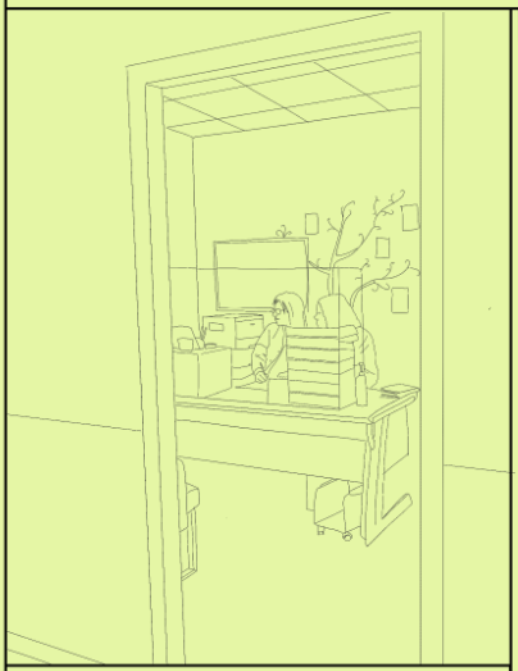
Il y a d'abord des interruptions relationnelles. Ces interruptions surviennent dans l'interaction en face-à-face et mobilisent la présence corporelle dans l'espace de travail. Dans le secrétariat d'urologie, certain·es médecins ne prennent pas la peine d'attendre que Salma* ait terminé son appel téléphonique et celle-ci se voit contrainte de gribouiller à la hâte les indications du médecin sur un post-it tout en écoutant la personne à l'autre bout du fil. La coprésence dans un espace ouvert favorise cette disponibilité contrainte. Parfois le ou la médecin demande à ce qu'un·e patient·e reparte avec tous ses documents (compte-rendu de consultation, convocation pour un prochain rendez-vous, ordonnance pour une analyse biologique) ce qui oblige Salma* et sa collègue Régine* à revoir l'ordre de leur priorité et à s'organiser pour que tout soit prêt dans les minutes qui viennent.

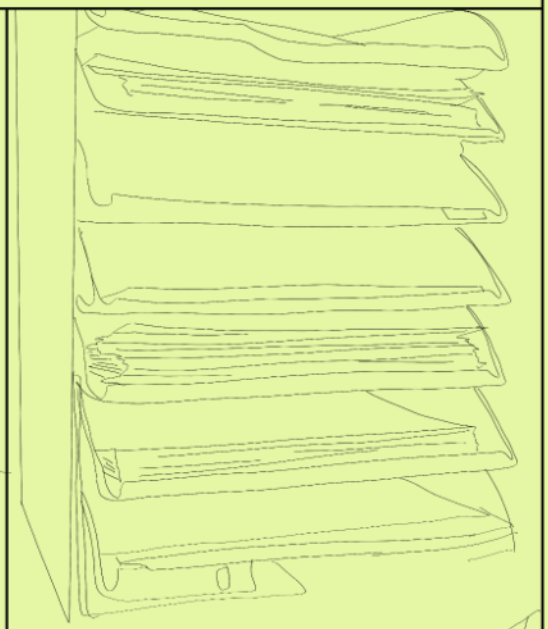
Viennent ensuite les interruptions médiées par un objet de communication. Ces outils peuvent être aussi simples qu'un post-it : en urologie, il arrive que les médecins, voyant la secrétaire occupée, laissent ostensiblement devant elle un bout de papier griffonné de tâches à effectuer (prendre un rendez-vous, délivrer une ordonnance, etc.). Ces post-it peuvent aussi être laissés en l'absence, courte ou prolongée d'une secrétaire.

Les interruptions peuvent également être médiées par des objets qui manifestent leur présence de manière visuelle ou sonore : le téléphone, qui sonne en pleine saisie de données, ou des notifications visuelles et sonores d'un nouveau mail dans la boîte de réception. En urologie, alors que le téléphone de Salma* ne s'arrête presque pas de sonner si elle ne décroche pas, les notifications sonores des mails ont été désactivées pour ne pas ajouter une couche supplémentaire à l'environnement sonore déjà chargé.

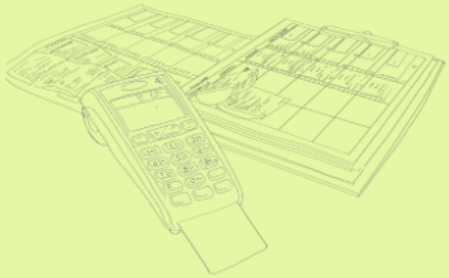
Viennent ensuite les interruptions liées au flux de patient·es. Dans un contexte hospitalier, le flux ininterrompu des consultations, admissions et sorties génère

Une après-midi de consultations

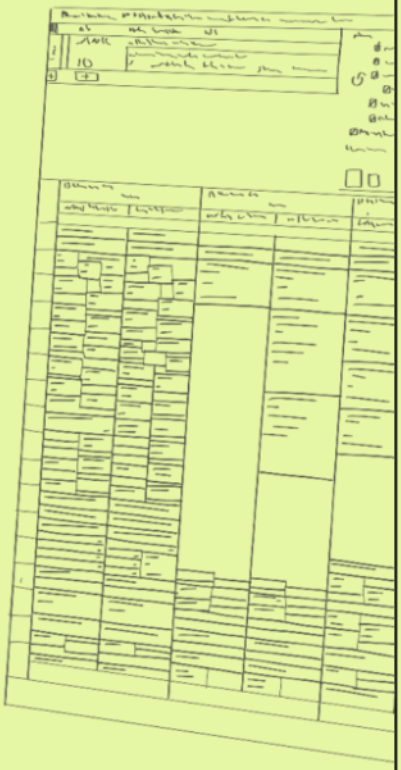




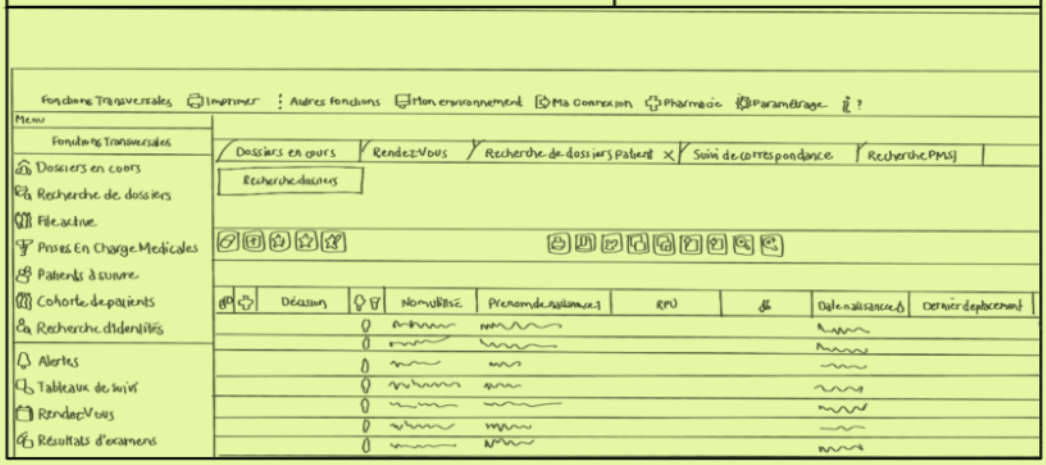
Un mardi après-midi, j'assiste avec deux secrétaires médicales, Nathalie* et Aya*, au suivi des consultations d'une radiologue. Nous sommes toutes les trois serrées derrière le bureau, Aya* et moi assises sur deux tabourets roulants. Durant 4 heures, les patient·es s'enchaînent dans le petit bureau, et les secrétaires n'ont pas une minute de répit. Il faut recevoir les patient·es une première fois pour les accueillir, déployer tous les documents et les orienter (moins de 5 min), puis une seconde fois après la consultation pour programmer la suite (cela prend rarement moins de 10 min, même pour Nathalie* qui est très efficace).



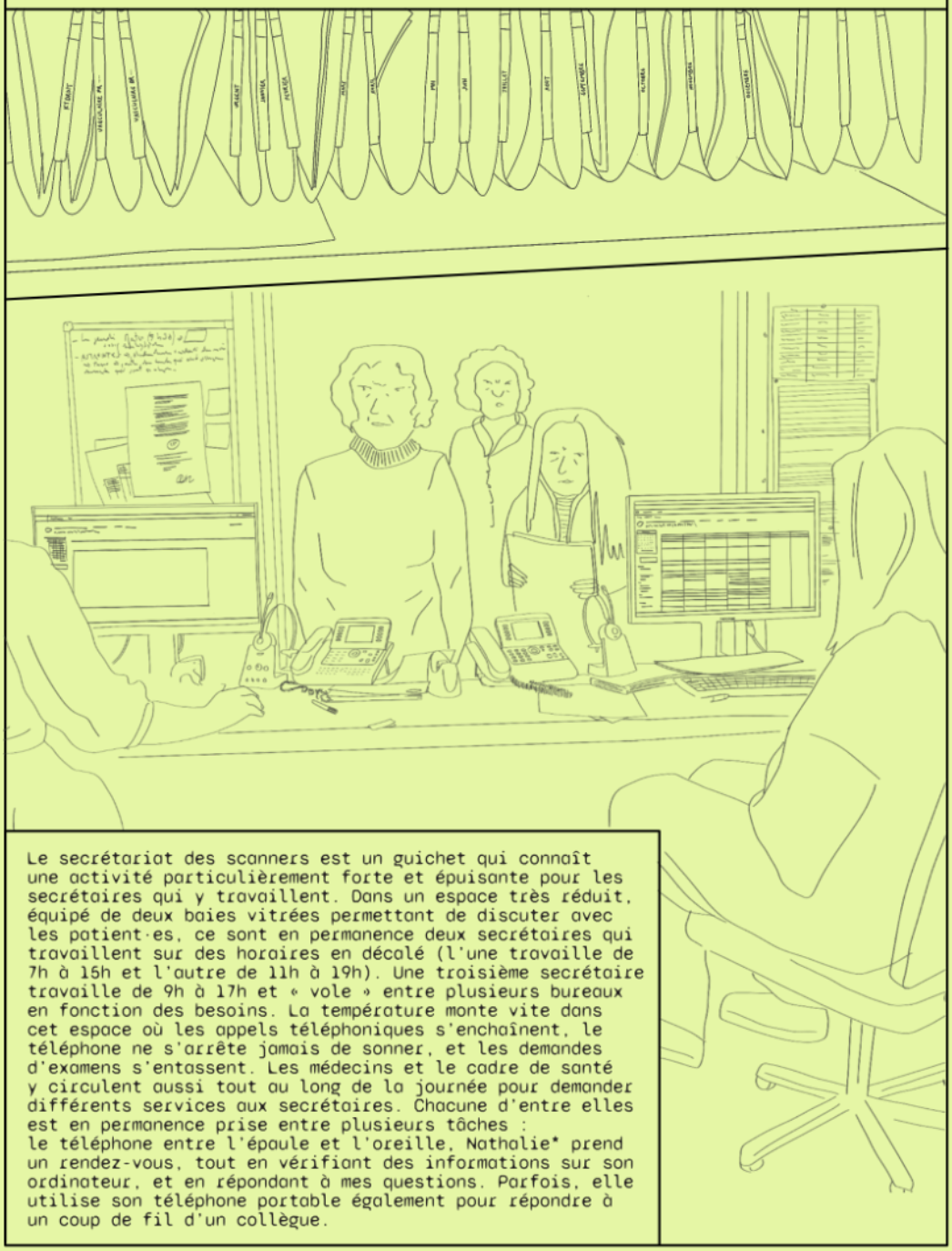
Lorsqu'un·e patient·e arrive pour une consultation, Aya* saisie deux ordonnances préimprimées pour la bétadine, une fiche de programmation en chirurgie ambulatoire, et une fiche de programmation pour le médecin, qu'elle tend à Nathalie*. Elle prend ensuite la carte vitale du patient et l'insère dans le TPE pour coter l'acte de consultation. Parfois le réseau ne fonctionne pas et il faut se balader dans les couloirs pour avoir du signal. Sur le TPE, il faut saisir le type d'acte, le médecin traitant, le type de prise en charge (sécu 100% ou mutuelle en complément). Une fois l'acte saisi, le ticket est agrafé à la fiche qui recense les rendez-vous de l'après-midi. Quand les patient·es reviennent de leur consultation, Nathalie* programme les prochaines dates (en coordination avec le secrétariat de chirurgie ambulatoire lorsqu'il s'agit d'une programmation de médecine interventionnelle). Les dates qui correspondent portent souvent à des mois plus tard. Il faut ensuite scanner la fiche de programmation, générer les documents associés à l'intervention via le logiciel Word puis les donner aux patient·es, en leur expliquant le déroulé de l'intervention et les détails administratifs préalables.



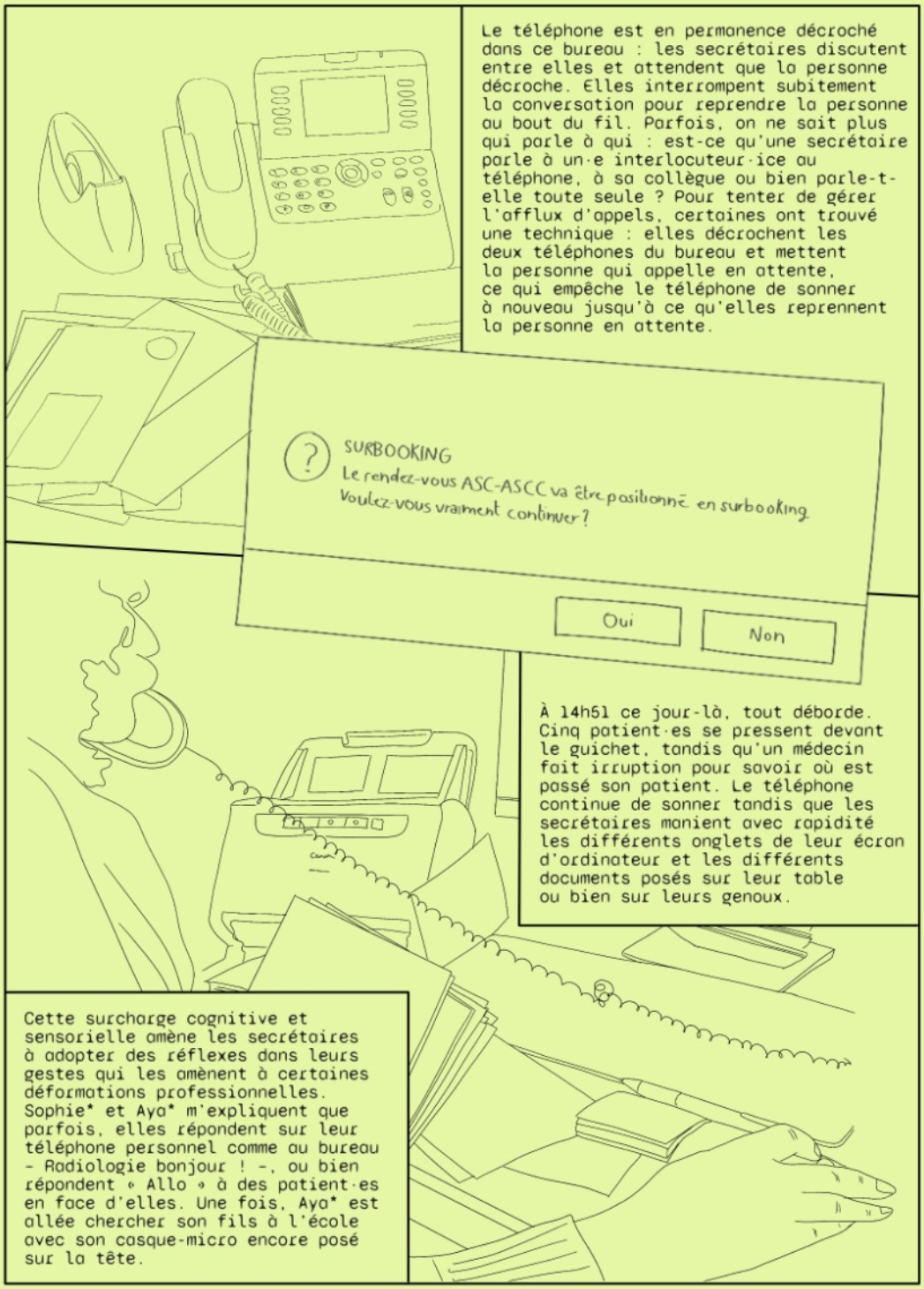
La succession des opérations administratives est particulièrement intense : à l'étroit derrière le bureau, occupée à prendre le moins de place possible, je suffoque parce qu'il fait chaud mais aussi parce que le temps passe à une vitesse folle, sans que nous prenions une pause, car les patient·es se succèdent. Nathalie*, une secrétaire aguerrie, n'appréhende pas ce type de situations, habituée et agile, tandis que Aya* l'assiste avec précaution. Cette dernière n'est arrivée dans le service que depuis quelques semaines, et d'après Nathalie*, une secrétaire efficace en imagerie médicale a besoin de 2 années d'expérience, pas moins, pour être totalement autonome.



Les interruptions et la charge mentale



Le secrétariat des scanners est un guichet qui connaît une activité particulièrement forte et épuisante pour les secrétaires qui y travaillent. Dans un espace très réduit, équipé de deux baies vitrées permettant de discuter avec les patient·es, ce sont en permanence deux secrétaires qui travaillent sur des horaires en décalé (l'une travaille de 7h à 15h et l'autre de 11h à 19h). Une troisième secrétaire travaille de 9h à 17h et « vole » entre plusieurs bureaux en fonction des besoins. La température monte vite dans cet espace où les appels téléphoniques s'enchaînent, le téléphone ne s'arrête jamais de sonner, et les demandes d'examens s'entassent. Les médecins et le cadre de santé y circulent aussi tout au long de la journée pour demander différents services aux secrétaires. Chacune d'entre elles est en permanence prise entre plusieurs tâches : le téléphone entre l'épaule et l'oreille, Nathalie* prend un rendez-vous, tout en vérifiant des informations sur son ordinateur, et en répondant à mes questions. Parfois, elle utilise son téléphone portable également pour répondre à un coup de fil d'un collègue.


Le téléphone est en permanence décroché dans ce bureau : les secrétaires discutent entre elles et attendent que la personne décroche. Elles interrompent subitement la conversation pour reprendre la personne au bout du fil. Parfois, on ne sait plus qui parle à qui : est-ce qu'une secrétaire parle à un·e interlocuteur·ice au téléphone, à sa collègue ou bien parle-t-elle toute seule ? Pour tenter de gérer l'afflux d'appels, certaines ont trouvé une technique : elles décrochent les deux téléphones du bureau et mettent la personne qui appelle en attente, ce qui empêche le téléphone de sonner à nouveau jusqu'à ce qu'elles reprennent la personne en attente.
?
SURBOOKING
Le rendez-vous ASC-ASCC va être positionné en surbooking.
Voulez-vous vraiment continuer ?
Oui
Non
À 14h51 ce jour-là, tout déborde. Cinq patient·es se pressent devant le guichet, tandis qu'un médecin fait irruption pour savoir où est passé son patient. Le téléphone continue de sonner tandis que les secrétaires manient avec rapidité les différents onglets de leur écran d'ordinateur et les différents documents posés sur leur table ou bien sur leurs genoux.
Cette surcharge cognitive et sensorielle amène les secrétaires à adopter des réflexes dans leurs gestes qui les amènent à certaines déformations professionnelles. Sophie* et Aya* m'expliquent que parfois, elles répondent sur leur téléphone personnel comme au bureau – Radiologie bonjour ! –, ou bien répondent « Allo » à des patient·es en face d'elles. Une fois, Aya* est allée chercher son fils à l'école avec son casque-micro encore posé sur la tête.

un régime d'interruption intégré au processus de travail lui-même. Ces sollicitations s'imposent par la succession rapide de tâches, au cours desquelles chaque pause entraîne un retard plus ou moins facile à rattraper. Le suivi des consultations oblige ainsi à maintenir une cadence des tâches associées à chaque consultation et entrecoupée par l'avancée du statut de chacune d'entre elles. La contrainte du flux peut se matérialiser par l'accumulation de « choses à faire » après une absence courte ou un congé. À son retour, quelques minutes, heures ou jours plus tard, la secrétaire se trouve devant un amoncellement d'informations, physique ou virtuel. Ainsi, lorsque j'arrive pour mon premier jour d'observation dans le service d'Urologie, Salma* revient de quelques jours de congés. Alors que le service est relativement calme, vacances scolaires oblige, la secrétaire est en revanche loin d'être calme. Ce matin-là, elle laisse sonner le téléphone car elle est débordée par les tâches en retard. Toute la journée, la liste de mails à traiter ne diminue jamais, elle se remplit sans que Salma* ne parvienne à la faire baisser.

Notons ensuite les interruptions liées à l'espace de travail. Elles relèvent du bruit, des passages constants ou de gestes intrusifs. Dans certains bureaux dédiées à l'activité de frappe, le bruit incessant dans les couloirs, la porte qui s'ouvre et se ferme sur le passage des collègues rend difficile la concentration, même dans des espaces dédiés. Le positionnement d'un secrétariat en face d'un escalier très emprunté peut aussi être source de nombreuses interruptions par des patient·es qui cherchent leur chemin.

Enfin, les interruptions cognitives sont déclenchées par la rencontre d'un problème dans la tâche en cours. Elles surviennent lorsqu'une incohérence apparaît, et qu'il faut s'interrompre pour chercher une information manquante par exemple. Salma* se demande ainsi un jour : « Pourquoi j'ai mis "à reprogrammer" ? » sur cette convocation qui traîne sur son bureau. Elle finit par appeler la patiente concernée, une tâche de vérification qui interrompt la tâche qu'elle était en train de mener (programmer une consultation). Ces interruptions sollicitent fortement la mémoire de travail et la capacité à maintenir plusieurs « lignes d'action » simultanées.

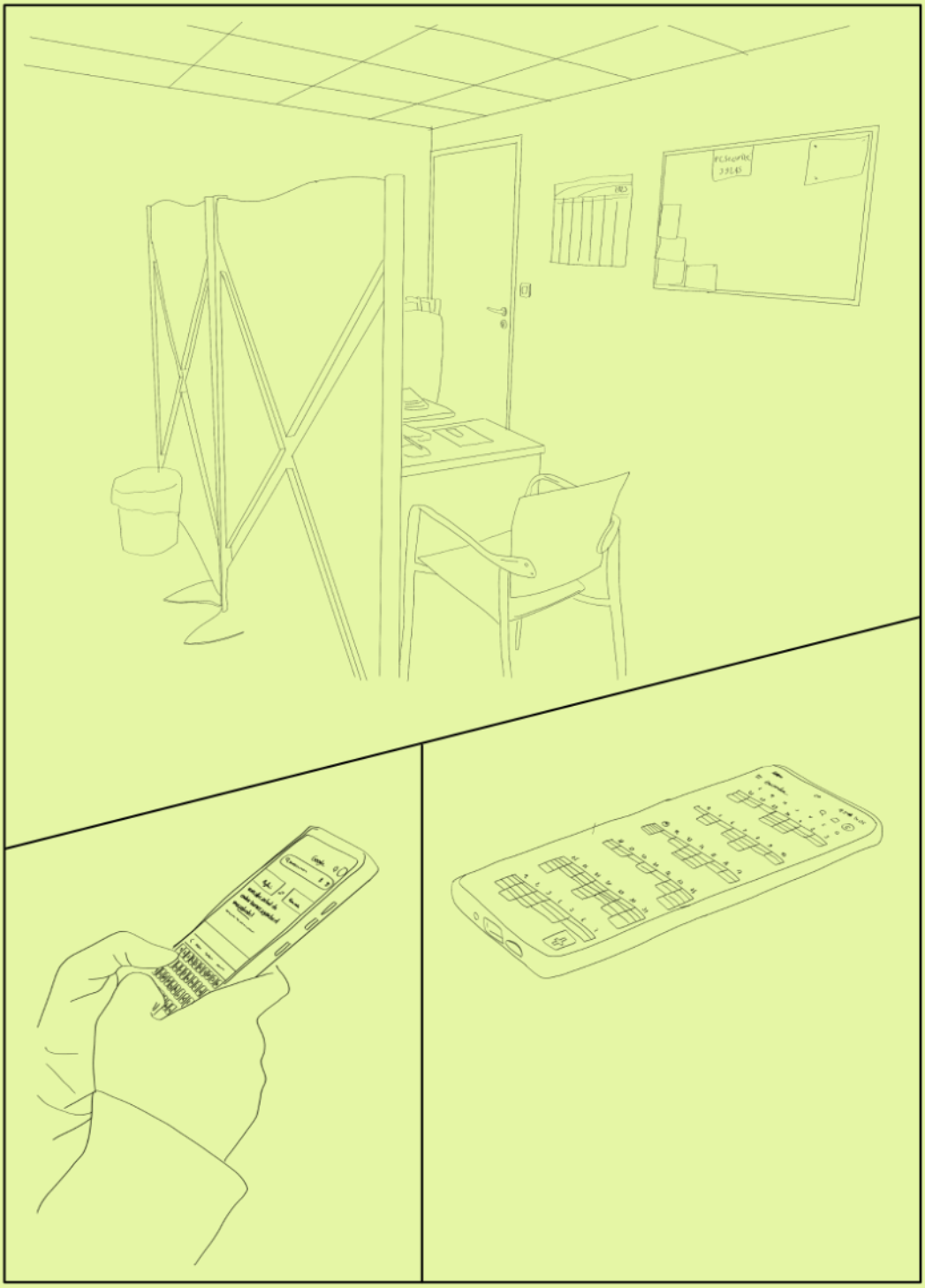
Ces différentes types d'interruptions montrent que celles-ci ne sont pas seulement des « accidents » mais bel et bien un élément constitutif de l'ordre temporel du secrétariat. Elles créent un environnement où la disponibilité permanente est une norme tacite, et où la charge mentale découle autant de la diversité des sollicitations que de leur fréquence.

La sonnerie du téléphone

La culture de l'interruption que je m'emploie à décrire dans ce chapitre s'incarne particulièrement dans la douce mélodie d'un objet banal : le téléphone, un objet central du secrétariat médical. S'il sonne peu dans certains secrétariats qui ne reçoivent pas de public, sa sonnerie est devenue le pire cauchemar de beaucoup de secrétaires : mélodieuse à la première écoute, elle est devenue le symbole de l'interruption constante du travail. Les secrétaires doivent alors s'accommoder de tâches qui sont entrecoupées, parfois plusieurs fois par minute, par des appels téléphoniques. Ces dernières développent une aisance à la fois auditive et tactile pour appréhender cet objet bruyant et le flot d'informations qu'il transporte avec lui. Le modèle de téléphone présent sur quasiment chaque poste de secrétariat est équipé d'un écran d'affichage, d'un clavier azerty, de nombreuses touches de raccourcis, ainsi que de fonctionnalités récurrentes : haut-parleur, mise en attente, gestion du micro, raccrocher, transférer. Ces différentes fonctionnalités sont activées avec agilité du bout des doigts par les secrétaires, qui sont souvent équipées d'un casque-micro. La « crise de la sommation » évoquée par Christian Licoppe (2010) a toujours été présente dans les espaces surchargés de sollicitations que sont les secrétariats : les secrétaires choisissent les moments propices pour répondre au téléphone ou pour le laisser sonner ; pour mettre en attente l'interlocuteur·ice ; le reprendre ; couper le micro pour demander une information à leur collègue ou accueillir une demande soudaine d'un·e médecin qui passe par leur bureau. Leur environnement sonore ou celui de leur interlocuteur·ice au téléphone, demande une grande capacité de concentration : les secrétariats sont souvent bruyants car de nombreux·ses professionnel·les y circulent, les autres secrétaires téléphonent aussi ou parlent entre elles. Du côté de l'interlocuteur·ice au téléphone, il n'est pas rare qu'il ou elle soit dans les transports en commun ou un espace public bruyant, ou bien qu'il ou elle ait des problèmes de réseau. De l'extérieur, il est souvent complexe de comprendre à qui s'adresse une secrétaire avec un casque sur la tête : répond-elle à son interlocuteur·ice au micro ? Consulte-elle sa collègue ? Parle-t-elle toute seule ? Parfois, elles jonglent avec deux téléphones en même temps, leur téléphone portable et le téléphone fixe. À l'autre bout du fil, les voix qui s'expriment à l'oreille de la secrétaire (et plus difficilement à la mienne, qui n'en perçoit que quelques intonations) font l'objet d'un examen décrit par Jean-Marc Weller, qui repose sur l'analyse de « la voix, de ses intonations, de ses murmures, de son rythme, et de la langue utilisée, sa syntaxe, son accent » (Weller, 1997, 136). L'impression que les secrétaires se répondent les unes aux autres lorsqu'elle sont au téléphone est lié à l'homogénéité de discussions qu'elles entretiennent au téléphone : la réponse de l'une pourrait correspondre à la question que sa voisine pose à un·e patient·e à côté d'elle. Dans le secrétariat de gérontologie, le téléphone sonne toute la journée,

La sonnerie du téléphone

03/11/23
9:31
EXT. 0658783524
Appelle Accueil + RDV
Prendre L'appel



presque sans discontinuer. Une matinée passée à « l'accueil téléphonique », un poste pourvu en alternance par toutes les secrétaires du service, est un moment souvent épuisant. C'est d'ailleurs le poste qu'elles détestent presque toutes. Valérie*, l'une d'entre elles, m'explique qu'il y a de nombreuses raisons d'appeler le secrétariat, qui est en général le premier numéro mis en avant pour contacter le service : prendre un rendez-vous pour une consultation, informer un·e proche sur la prise en charge d'un·e patient·e, avancer un rendez-vous suite à un passage aux urgences, obtenir un conseil médical (par exemple, une épouse qui appelle pour savoir si elle peut augmenter la dose d'un médicament pour son mari), demander l'envoi de documents urgents par mail (au lieu d'attendre le courrier), parler à tel médecin ou tel service, confirmer le contact mail d'un médecin, etc. Valérie* prend les appels les uns après les autres de façon très calme et organisée. Elle n'est pas surchargée, mais elle doit garder le rythme. Elle pose des questions stratégiques pour orienter la prise de rendez-vous. Par exemple, une dame appelle pour sa maman qui « perd ses idées » et la secrétaire médicale lui demande si cette dégradation a été subite ou progressive. En fonction des réponses, s'il n'y a pas de mention de médecin particulier dans l'historique de la patiente, Valérie* choisit le médecin le plus adapté à la situation. Les pratiques de gestion du téléphone sont ainsi exemplaires de l'appréhension des nombreuses interruptions qui maillent le quotidien des secrétaires médicales. Les secrétaires rient beaucoup de ce poste de travail souvent ingrat :

> « Je veux parler à un tel ou à un tel ! Mais personne veut me parler à moi ? », s'indigne Valentine* avec humour.

> « Tu te plaindras moins quand un patient te tiendra la jambe pendant un quart d'heure », lui répond Valérie*.

Lutter contre l'interruption : une cognition distribuée

Les stratégies mises en place dans le service de gérontologie pour appréhender l'objet mal-aimé qu'est le téléphone sont exemplaires d'un ensemble de stratégies que les secrétaires mettent en place pour appréhender la charge mentale administrative qui leur incombe et les nombreuses interruptions qui l'accompagnent. Ainsi, le panneau séparateur qui a été installé autour du poste « d'accueil téléphonique » du secrétariat de gérontologie a vocation à réduire isoler la secrétaire qui occupe ce poste le temps d'une journée, mais il n'isole malheureusement pas du bruit produit par ce poste de travail. Ce panneau est un dispositif parmi d'autres de cognition distribuée.

Qu'est-ce que la cognition distribuée ?

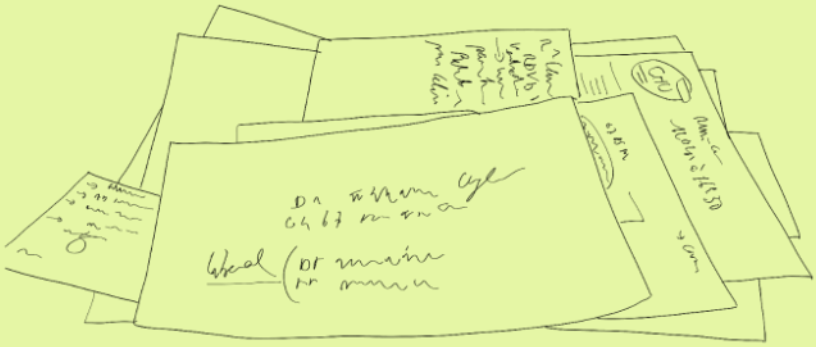
Face à une « culture de l'interruption » qui repose à la fois sur une organisation hiérarchique du travail mais aussi sur l'organisation des espaces et des outils de travail, les secrétaires médicales s'appuient sur une distribution cognitive de leur travail. Pour expliquer comment cette distribution se produit, le chercheur en sciences cognitives Edwin Hutchins développe la notion de « cognition distribuée ». Il montre comment, par la division du travail, une équipe de marins parvient à se localiser au milieu de l'océan. La division du travail en tâches élémentaires associées à des personnes et des artefacts permet ainsi le repérage précis de leur bateau sur une carte marine (Hutchins, 1995). Cette « cognition distribuée » rejoint les outils d'extension de la mémoire de travail observés par Aaron Cicourel. Ce dernier note que la gestion des interruptions au travail repose sur la capacité des personnes à « étendre leur mémoire de travail, implicite et explicite, en créant des annotations ou des marqueurs qui augmenteront leur capacité à recouvrer les aspects locaux de l'environnement, ce qui inclut la signification des différentes choses nécessaires pour rester au niveau des exigences des tâches en cours » (Cicourel, 2002, 5).

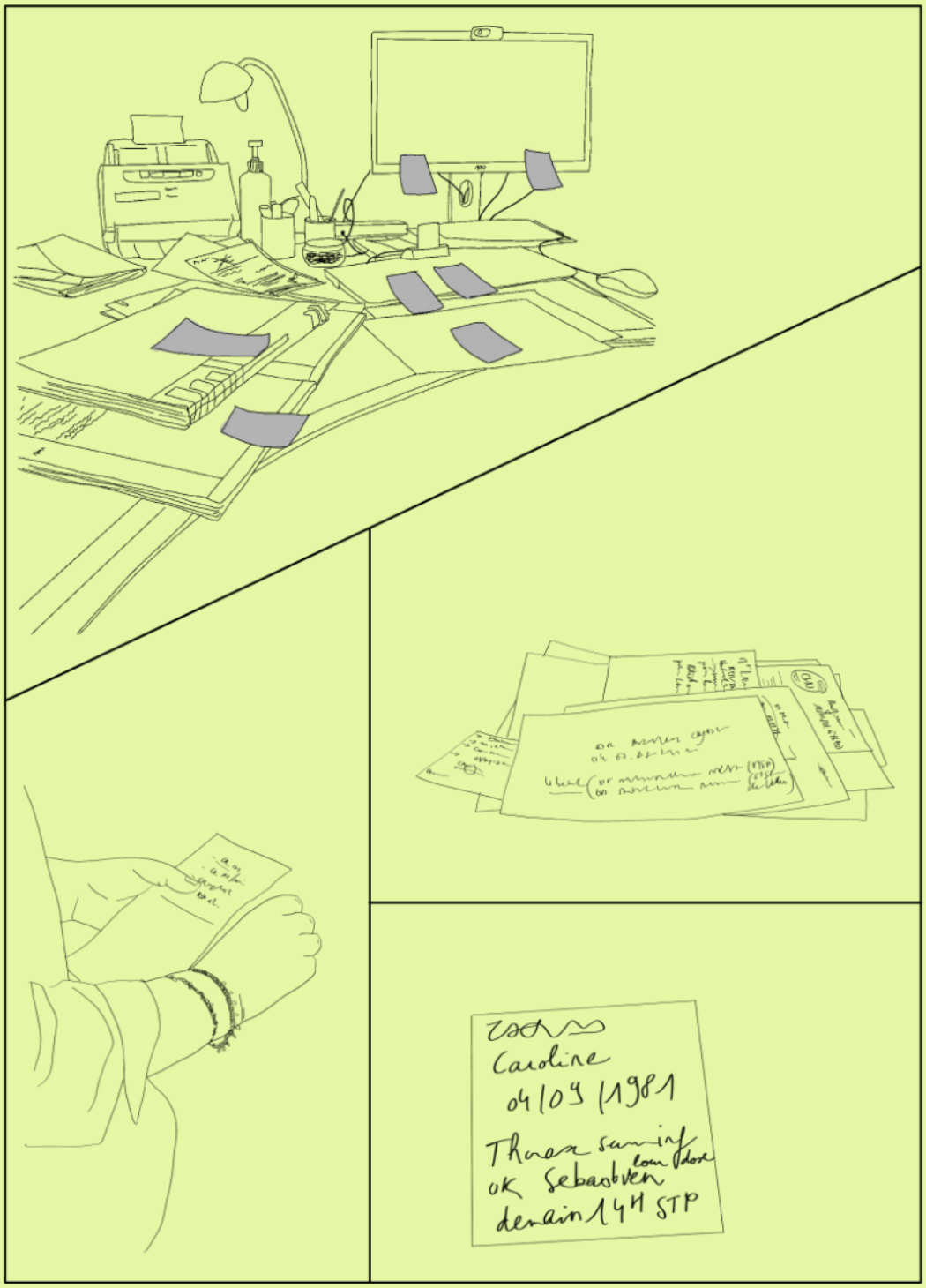
À cet égard, les secrétariats sont remplis d'inscriptions utiles à cette extension de la mémoire de travail – carnets, classeurs, listes, post-it, etc. Néanmoins, j'ai rarement observé dans les secrétaires un outil largement répandu dans les métiers de bureau : la *to do list*. L'absence de cet objet s'explique, et cette explication fait la spécificité des secrétariats en matière de « cognition distribuée ». La liste de choses à faire (ou *to do list*) n'existe pas dans les secrétariats, du moins sous la forme homogène que la plupart d'entre nous lui connaissons : une liste évolutive et stockée sur un document unique. Pour les secrétaires, cette liste serait beaucoup trop pénible à alimenter, tant les tâches qu'elles doivent effectuer chaque jour sont nombreuses. Il n'est pas question de noter le nom de tous les patient·es dont il faut programmer une consultation ou bien toutes les fiches de programmation qu'il faut préparer. Lorsque j'observe Salma* travailler, elle semble savoir par cœur ce qu'elle a à faire, sans consulter de liste ou de pense bête. En réalité, les secrétaires n'utilisent pas un outil unique pour se rappeler de leurs tâches quotidiennes mais prennent partie des différents outils, numériques et analogiques qu'elles ont à leur disposition – et qui leur sont pour partie imposés : un carnet de notes qu'elles utilisent lorsqu'elles sont au téléphone ou qu'elles parlent avec un médecin, les mails non traités qui font office de liste de tâches à traiter, ou bien une pile de documents imprimés qui leur rappellent également certaines tâches à traiter. S'il n'existe pas d'outil de centralisation de toutes les tâches à faire, on peut supposer qu'elles déploient une compétence particulière de mémorisation largement ancrée dans une « charge mentale » éprouvée dans des contextes personnels et professionnel·les.

Si Hutchins a montré que la cognition se joue en dehors de la boîte crânienne, j'ajouterai ici qu'elle se joue aussi à un niveau sensoriel. Le développement de cette cognition distribuée dans les secrétariats médicaux est, comme de nombreuses autres situations de travail, inséparable de l'inscription sensorielle du travail médico-administratif. Les artefacts mobilisés le sont à travers un sensorium professionnel, c'est-à-dire un ensemble de dispositions perceptives façonnées par l'expérience et par les contraintes du métier (Howes, 1991, 28). Les objets utilisés pour augmenter la capacité de travail se font ainsi les « véhicules de communication d'un savoir ineffable ou tacite » (Gagliardi, 2006, 706). Dans le secrétariat médical, la vue est évidemment centrale – lire une annotation manuscrite sur un post-it, repérer dans un trieur la chemise correspondant à une annulation, scanner la liste imprimée pour cocher les consultations effectuées – mais elle ne suffit pas. L'audition est essentielle pour reconnaître une voix au téléphone, détecter l'urgence dans un ton ; le toucher pour manipuler rapidement des piles de documents, savoir plier au bon format des courriers, se saisir du bon carnet ou du bon stylo pendant que le regard est absorbé par l'écran, etc. Plus largement, c'est l'appréhension sensorielle de l'espace de travail et des flux de personnes qui le traversent qui est utile aux secrétaires médicales. Sylvie Grosjean pointe à cet égard le *sensory work* mené par les infirmier·ères : selon elle, « la production de savoirs en contexte organisationnel n'est pas uniquement mentale, analytique et logique, mais aussi corporelle et multisensorielle » (Grosjean, 2014, 64). Jérôme Denis et ses collègues insistent également sur cet « engagement corporel où les mains, les jambes, les doigts jouent un rôle tout aussi important que les yeux » (Denis *et al.*, 2019) – « Plier, tamponner, agrafer, détacher, annoter, recopier, afficher, vérifier, installer, surveiller, réparer, saisir, corriger, transférer, ranger, retrouver, effacer... » (*ibid.*). Delphine Gardey le rappelle aussi : « Pas d'écriture sans instruments, pas de classement sans meubles » (Gardey, 2008, np). Les objets sont donc à la fois supports cognitifs et prolongements sensoriels.

Le fonctionnement de ce sensorium est mis en difficulté par la culture de l'interruption décrite précédemment. Au moment où l'on tend la main vers un dossier, la sonnerie du téléphone détourne l'attention ; tandis que l'on lit un message sur l'écran, un collègue dépose un post-it sur le bureau. Les secrétaires doivent réorienter en permanence leur attention et mobiliser un certain nombre d'objets pour retrouver le fil d'une tâche interrompue. Dans le secrétariat, la cognition distribuée se matérialise ainsi dans la capacité à transformer un signal sensoriel fugace – une voix, une couleur de post-it, une pile de documents à gauche du clavier – en ressource stable pour la reprise d'une action.

Une cognition distribuée




Caroline
04/09/1981
OK Sebastien
demain 14H STP

FAX
A SAISIR
RDV A AVANCER
EN CAS DE DESISTEMENT
Demande de destruction échantillon biologique

La dimension collective de la cognition distribuée

Les objets qu'utilisent les secrétaires ne sont cependant pas seulement des « pense-bête » personnels, ils sont les points d'ancrage d'une mémoire collective. La stabilité des actions menées dépend de la reconnaissance mutuelle de certains repères matériels. Dans un contexte d'interruptions incessantes, cette mise en commun des repères constitue la condition essentielle de la continuité du travail.

Certains dispositifs de « cognition distribuée » sont donc communs, à différents niveaux d'interactions professionnelles : celui de l'équipe de secrétaires médicales, entre médecins et secrétaires, à l'échelle d'un service hospitalier ou bien de l'établissement. Par exemple, en gérontologie, un trieur intitulé « RDV À AVANCER EN CAS DE DÉSISTEMENT » contient des convocations pour des consultations, classées par ordre alphabétique. À chaque fois qu'un rendez-vous est annulé, les secrétaires viennent piocher dans ce trieur pour en reprogrammer un nouveau : aucun créneau ne doit être laissé vacant, pour optimiser les plannings de consultations qui se remplissent des mois à l'avance. Un autre outil de mémorisation consiste en une impression quotidienne des listes de consultations par demi-journée et par médecin. Si les secrétaires ne sont pas toujours chargées d'accueillir les patient·es, elles doivent à minima s'assurer que les consultations ont bien eu lieu pour pouvoir les facturer. Cette liste, où l'on coche progressivement les patient·es qui sont venus est d'une grande utilité, mais lorsque les objets de mémoire s'entrechoquent, certains mystères deviennent insolubles. Dans le service d'imagerie médicale, Nathalie* a élaboré un langage commun entre toutes les secrétaires pour laisser des notes à différents endroits. Ces notes sont indispensables pour se souvenir pourquoi les unes et les autres ont pris telle ou telle décision. Par exemple, lorsqu'elles traitent des mails, elles ajoutent des post-its numériques d'une couleur particulière pour indiquer que la demande a été prise en charge.

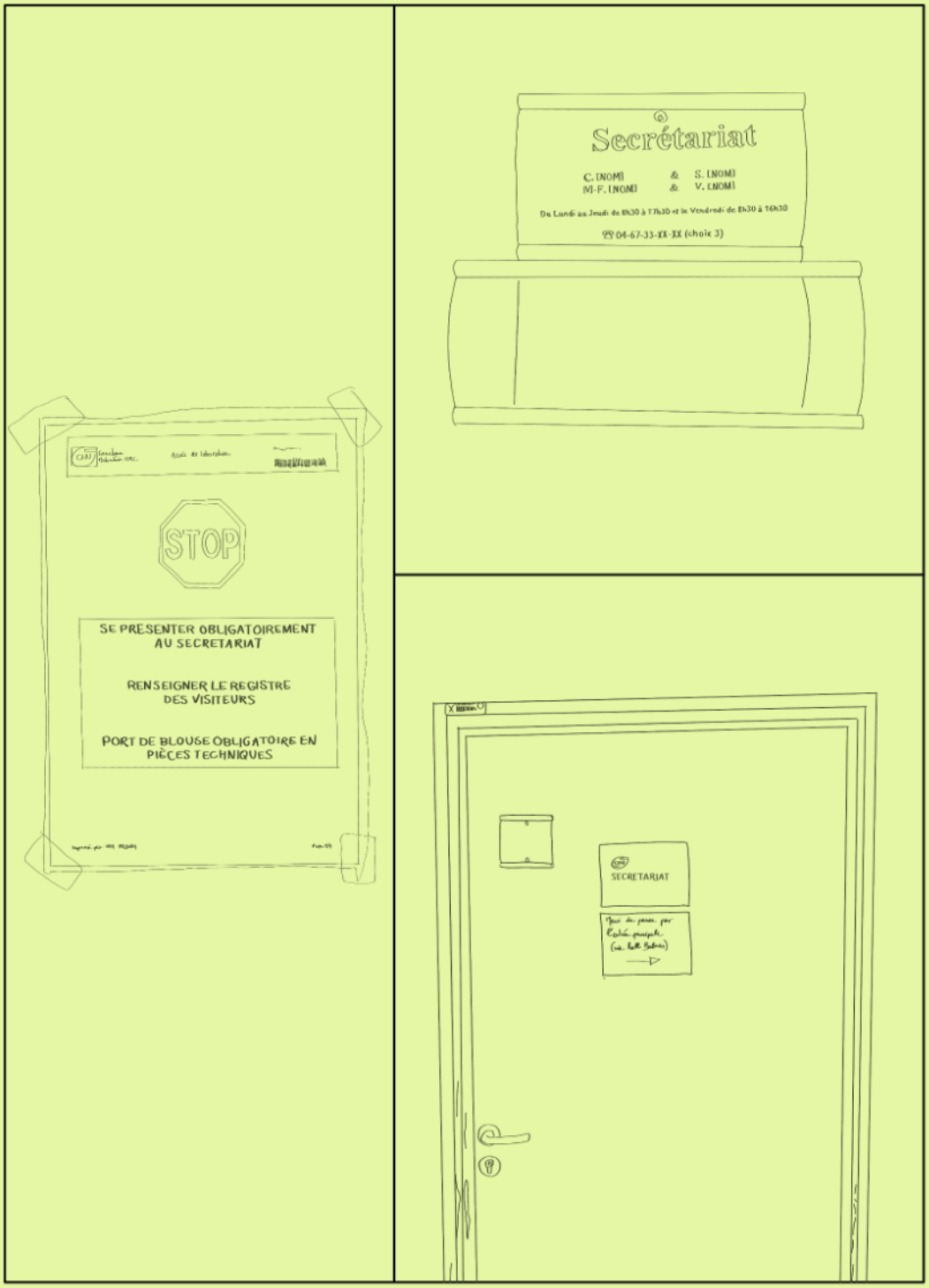
Les interruptions permanentes qui structurent le travail des secrétaires médicales obligent ainsi à repenser la manière dont la mémoire, la perception et l'action se déploient au sein du secrétariat. Plutôt que d'envisager la cognition comme une activité mentale strictement individuelle, la notion de cognition distribuée permet d'en saisir la dimension organisée et collective. Pour Edwin Hutchins, l'activité cognitive « n'est pas réduite à la peau et au crâne de l'individu » Elle « comprend l'environnement socio-matériel de la personne, et les limites du système peuvent changer au cours de l'activité » (Hutchins, 1996, 292). Dans cette perspective, la continuité du travail ne dépend pas seulement de la mémoire individuelle, mais d'un réseau formé par des personnes et leur environnement matériel ancrés dans des temporalités potentiellement différentes.

Le post-it et le désordre cognitif collectif

Parmi les objets matériels qui peuplent les bureaux des secrétaires médicales, le post-it occupe une place singulière. Petit, éphémère, adhésif, il condense une logique particulière de l'organisation du travail : celle de l'externalisation minimale de la mémoire. Contrairement à un classeur, un agenda ou un dossier, le post-it ne structure pas l'action sur le long terme mais fixe une obligation ponctuelle, immédiatement lisible et tout aussi rapidement périssable. Anne Mayère, Isabelle Bazet et Angélique Roux analysent la persistance et les fonctions de ce type d'écrits éphémères – les « penses-bêtes » – dans un contexte d'informatisation hospitalière, pour en souligner l'importance. Elles montrent que, malgré la consigne officielle d'abandonner les « papiers dans la poche » (Mayère *et al.*, 2012), les « pense-bêtes » continuent à circuler au sein des équipes soignantes et remplissent des fonctions essentielles. Ces écrits clandestins, invisibles pour le système informatisé, réintroduisent des temporalités, des trajectoires et un sens collectif que le dossier électronique, linéaire et normé à l'excès, ne peut restituer.

Dans les secrétariats médicaux, si les post-its restent très utilisés, ils ne peuvent suffire à supporter la charge administrative d'une équipe entière de secrétaires. On les retrouve plus nombreux dans des secrétariats occupés par une seule personne que dans les grands secrétariats où un pool d'une dizaine de personnes se relaient. Ainsi, le bureau d'Isabelle*, qui travaille seule, est maculée de post-its. Il y en a partout : ils sont souvent écrits manuellement par ses collègues et déposés sur son bureau en son absence. Lorsque je découvre ce bureau, Isabelle* a été absente plusieurs jours, car elle travaille à mi-temps, ce qui explique le grand nombre de post-its. Les notes manuscrites qu'ils comportent concernent des demandes plus ou moins urgentes, mais que ses collègues ne veulent pas oublier, le temps qu'Isabelle* revienne. Chaque post-it revêt ainsi une fonction de report sur autrui d'une charge d'un travail donnée (prendre un rendez-vous par exemple). Dans ce sens, les post-it ne sont pas de simples rappels, mais de véritables dispositifs de délégation : un médecin peut demander à une secrétaire un service informel, une collègue peut transmettre une responsabilité, sans que la requête passe par les canaux officiels. Ce que certaines secrétaires médicales appellent des « mots doux » lorsqu'ils sont écrits par des collègues qu'elles apprécient sont autant de sollicitations indirectes et/ou officieuses. Les « petits mots » sont souvent l'occasion de demander un service, comme la programmation d'une consultation pour un membre de la famille. Les post-its déposés par ses collègues sont aussi complétés par des post-its qu'Isabelle* s'écrit à elle-même et qui viennent compléter d'autres systèmes d'organisation de son bureau. Ces objets de papier contribuent à construire la disponibilité permanente des secrétaires, dont les bureaux continuent de s'emplir de tâches, même en leur absence.

Où sont les secrétaires ?


Secrétariat
C. [NOM] & S. [NOM]
M-F. [NOM] & V. [NOM]
Du Lundi au Jeudi de 8h30 à 17h30 et le Vendredi de 8h30 à 16h30
04-67-33-XX-XX (choix 3)
STOP
SE PRESENTER OBLIGATOIREMENT AU SECRETARIAT
RENSEIGNER LE REGISTRE DES VISITEURS
PORT DE BLOUSE OBLIGATOIRE EN PIÈCES TECHNIQUES
SECRETARIAT

Finalement, lutter contre l'interruption engage un savoir-faire perceptif et matériel qui articule étroitement cognition distribuée et sensibilité professionnelle. Les secrétaires médicales composent avec un environnement saturé de signaux, qu'elles transforment en mémoire externalisée et partageable. Ce travail, souvent invisible, repose sur un *sensorium* médico-administratif où les sens sont à la fois mis à l'épreuve et mis à contribution, pour maintenir ensemble les morceaux épars d'une activité continuellement interrompue.

La valse des secrétaires : un travail entrecoupé par le mouvement

Le rapport que les secrétaires entretiennent à la mobilité spatiale est un paramètre important pour comprendre ce que j'ai décrit comme une « culture de l'interruption ». Pour appréhender ce que la mobilité fait au travail des secrétaires, il est d'abord utile de s'intéresser à la signalétique présente dans les couloirs et les bureaux d'un hôpital. Si une partie de cette signalétique est d'une grande aide pour s'orienter, une autre partie l'est encore plus pour comprendre qui se déplace où, quand et comment. Une feuille imprimée A4 glissée dans une pochette transparente et scotchée sur une porte indique un problème d'orientation récurrent : « le secrétariat des consultations se trouve au bout du couloir à gauche ». Ces éléments de signalétique sont aussi un indice, pour ceux que j'ai relevé, de la relative immobilité des secrétaires médicales dans l'espace. Beaucoup de ces éléments de signalétiques permettent d'orienter les patient·es, mais ils permettent aussi aux secrétaires de moins se déplacer, de rester disponible à leur poste. D'ailleurs, leur absence doit aussitôt être signalée, sinon justifiée : « La secrétaire revient dans quelques minutes, merci de patienter :) ».

Qui a le droit de se déplacer à l'hôpital ?

Dans un univers professionnel où tout semble en mouvement – soignant·es qui courent d'une pièce à l'autre, brancardier·ères, patient·es et familles qui fourmillent dans les halls d'accueil – la mobilité est un marqueur de statut. Le paradigme des nouvelles mobilités proposé par Mimi Sheller et John Urry (2006) est assez éclairant à cet égard : il repose sur l'idée que la capacité à se déplacer est devenue une ressource inégalement distribuée. C'est un véritable instrument de pouvoir. Certaines catégories de personnes, professions ou objets disposent d'un accès fluide aux « corridors » de circulation, tandis que d'autres restent

confinées à des positions d'immobilité forcée : « La mobilité est une ressource à laquelle tout le monde n'a pas accès de manière égale » (*ibid.*, 211). Cette asymétrie est à comprendre avec une approche intersectionnelle (de classe et d genre) : comme l'a montré la sociologue Beverley Skeggs (*ibid.*), les discours valorisant la mobilité reposent sur une subjectivité masculine et bourgeoise, tandis que d'autres formes de présence assignées à la stabilité sont dévalorisées. Ce nouveau paradigme de mobilité s'intéresse plus largement au « contexte dans lequel s'inscrivent les représentations sédentaires et nomades du monde social, et s'interroge sur la manière dont ce contexte est lui-même mobilisé, ou mis en œuvre, à travers des pratiques sociotechniques continues, dans des mondes matériels intermittents et mobiles » (*ibid.*)

À l'hôpital, la mobilité devient ainsi un privilège organisationnel, réservé à celles et ceux dont les déplacements sont perçus comme productifs ou nécessaires. Les secrétaires, assignées à des postes fixes mais traversées par une multitude de flux (appels, données, patient·es), incarnent une immobilité fonctionnelle, rendue invisible parce qu'elle soutient la mobilité des autres. Leur travail montre que la fixité n'est pas l'opposé du mouvement, mais sa condition : elles forment les points d'ancrage sans lesquels les circulations hospitalières ne tiendraient pas. Aux urgences, l'une des secrétaires m'explique que les toilettes sont tellement éloignées de leur bureau qu'elles justifient un tel déplacement (et le temps d'absence qui va avec) en effectuant de petites tâches sur leur chemin (récupérer un dossier, poser une question à un·e collègue, etc.). Dans ce même service, les projets de réaménagement prochain du service donnent à voir une hiérarchie dans la réorganisation des espaces, qui ne concerne pas que les secrétariats : chaque mètre carré est compté et la chasse au centimètre s'anticipe des années à l'avance. En ce qui concerne le secrétariat, je suis surprise d'entendre la cadre du secrétariat des urgences m'indiquer que rien n'a été pensé dans le cadre du futur déménagement du service. Ni elle ni les secrétaires qu'elle encadre n'ont voix au chapitre de cette réorganisation spatiale. Pourtant, depuis plusieurs mois, leur installation temporaire dans le grand bureau des médecins urgentistes et des pharmacien·nes a eu un réel impact sur leur travail. Dans l'angle réservé aux trois postes d'ordinateur des secrétaires, l'espace est relativement réduit : elles sont au coude à coude et je peine à trouver de la place pour mon petit tabouret. Sur les trois postes, deux d'entre eux forment un angle, obligeant les deux secrétaires à réduire l'amplitude de leurs mouvements, leurs chaises se cognant fréquemment. Les secrétaires m'expliquent en riant que le bureau est en pente, et que si elles ne retiennent pas leur chaise, la première glisse en direction de l'autre. Derrière la blague, je comprends que le problème le plus important de cette organisation temporaire est que la position du secrétariat actuel altère le bon déroulement de la sortie des patient·es. Si dans l'ancien bureau, le secrétariat constituait un véritable « rempart » permettant de vérifier que chaque pa-

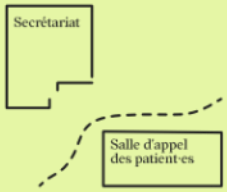
Géographie des secrétariats

Légende

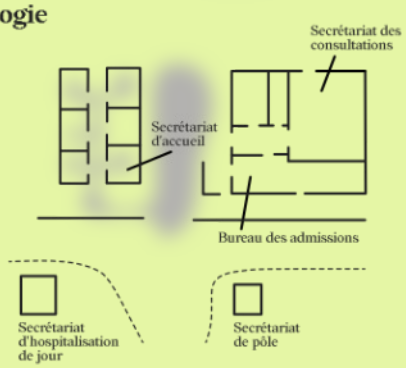
salles d'attente

zones de circulation des patient·es

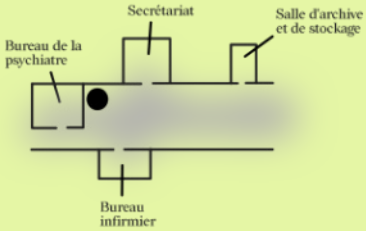
Secteur Vigilans



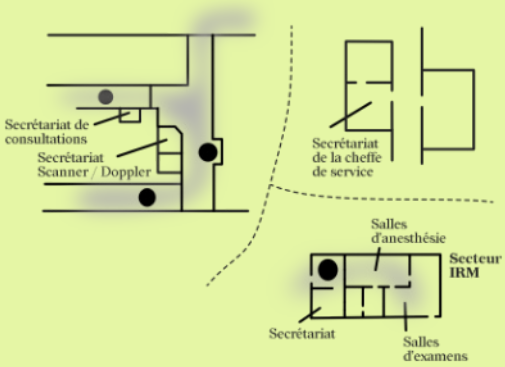
Gérontologie



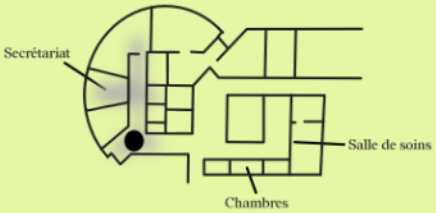
UMIPPP



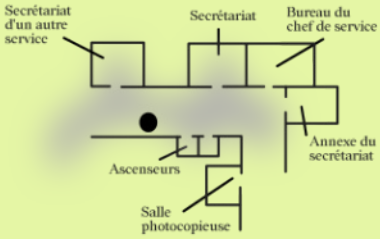
Imagerie médicale (Arnaud de Villeneuve)



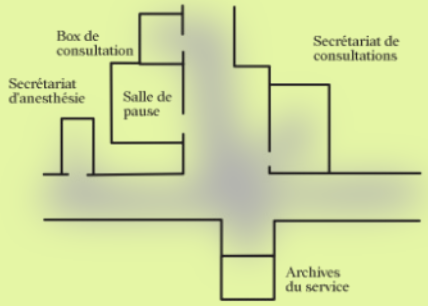
UMCA



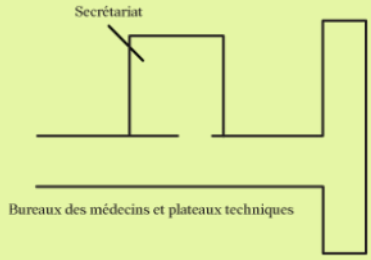
Psychiatrie Le Guilhem



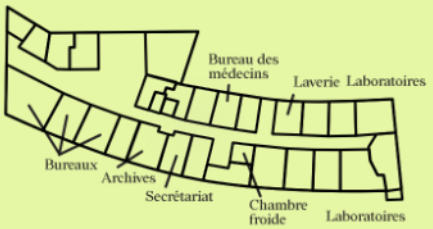
Urologie



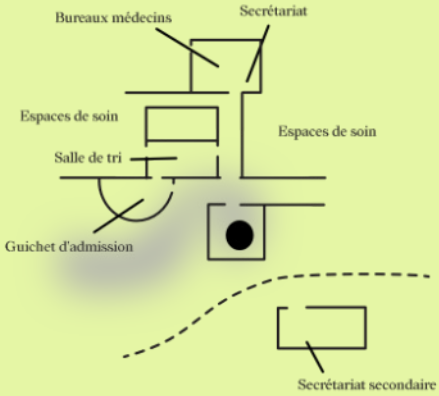
Toxicologie



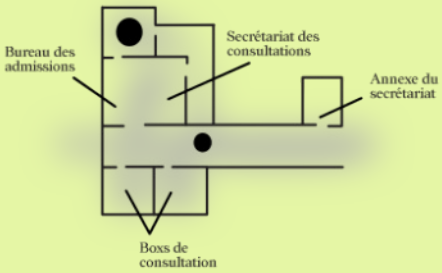
IURC



Urgences

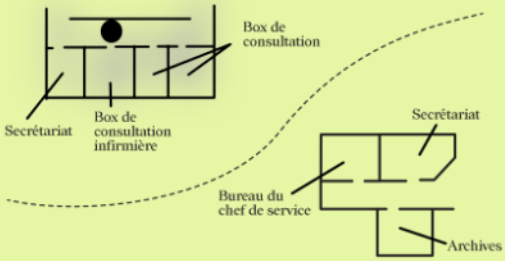


Dermatologie



Médecine légale

Unité médico-judiciaire (UMJ)



Institut médico-légal (IML)

tient·e partait avec les bonnes informations, ce n'est plus le cas avec ce bureau partagé et éloigné de la sortie. Il n'est donc plus rare que ce soit les médecins ou les infirmier·ères qui remettent leur dossier aux patient·es, et non pas les secrétaires. Cela crée un sentiment de frustration et de travail mal fait chez elles.

La mobilité comme précarité

Aux urgences comme dans d'autres services, les secrétaires doivent faire face à des formes de mobilité imposées par l'organisation du travail et des espaces. Dans plusieurs secrétariats que j'ai pu visiter, les secrétaires changent régulièrement de « poste », dans les deux sens du terme : elles changent de mission (accueil téléphonique, accueil physique, frappe, scannage, etc.) mais aussi parfois de poste de travail. Ces changements ont lieu quotidiennement, voire pour chaque demi-journée. Ces déplacements permettent, certes, de « changer de cadre » pour effectuer une nouvelle mission – être à l'abri dans une pièce calme pour frapper des courriers par exemple –, mais ils demandent une gestion collective des espaces : pas de décoration personnalisée, uniformité des outils mis à disposition, nettoyage des outils de travail (plan du bureau, combinés de téléphone), etc. Cette mobilité imposée fragilise le travail administratif : chaque déplacement interrompt une tâche en cours et ouvre la porte à de nouvelles sollicitations imprévues. Cette fragmentation du temps donne lieu à ce que Leslie A. Perlow a décrit comme une « famine temporelle » (1999), c'est-à-dire le développement d'un sentiment d'avoir trop peu de temps pour faire ce que l'on a à faire.

En dermatologie, le secrétariat des consultations est composé de deux espaces : une salle vitrée, composée de deux bureaux de secrétariat et d'un bureau dédié aux admissions, et plus loin dans le couloir, un bureau fermé et sans fenêtre, dans lequel les secrétaires effectuent des missions qui leur demandent de la concentration, comme la frappe des courriers. Les trois secrétaires en poste dans ce secrétariat tournent d'un bureau à l'autre pour chaque demi-journée, chaque bureau correspondant à des missions différentes. Lors de mon premier jour d'observation, Linda* occupe le matin le poste d'accueil principal des patient·es, ce qui signifie qu'elle doit en priorité accueillir ces dernier·ères (accueil physique et téléphonique, programmation des consultations). L'après-midi, après avoir désinfecté et rangé son bureau du matin, elle se déplace de quelques mètres sur le second bureau de l'accueil, qui permet de faire un peu plus de tâches de fond. L'accueil des patient·es n'est fait qu'en soutien du premier bureau, si ce dernier est déjà occupé. Lorsqu'elle passe le lendemain matin dans le bureau fermé, Linda* peut faire des tâches beaucoup plus calmes, comme la frappe des courriers en retard ou le scannage des documents dans les dossiers patient·es. On re-

trouve une organisation similaire en imagerie médicale, où le secrétariat est composé de plusieurs bureaux, associés à différentes activités du service : les scanners et dopplers, les IRM, la médecine interventionnelle et enfin une filière dédiée à la prise en charge de suspicions de cancer. Il y a également un bureau dédié aux consultations privées ainsi qu'un bureau fermé pour pouvoir travailler au calme. Ce sont neuf secrétaires médicales qui sont affectées à ces différentes secrétariats : 4 aux scanners et dopplers, 3 à l'IRM, 1 à la filière nodule, et 1 à la médecine interventionnelle. Le secrétariat d'IRM est plutôt calme, tandis que celui des scanners et dopplers est toujours en surcharge de travail car les demandes sont beaucoup plus nombreuses. Nathalie* répartit la charge de travail des 9 secrétaires en conséquence : les secrétaires d'IRM viennent souvent en renfort du secrétariat des scanners, en prenant en charge les demandes de programmation les plus simples (c'est à dire les moins urgentes). Dans le secrétariat des scanners, les secrétaires changent de poste de travail tous les jours, en fonction de leurs horaires et de leurs missions du jour : accueil physique des patient·es pour les consultations publiques ou privées ou programmation des examens.

Isolées ou au cœur du soin ?

La localisation d'un secrétariat dans le service conditionne directement le degré d'intégration des secrétaires au travail de soin. Un bureau situé à proximité des box de consultation par exemple, permet d'être au plus près des patient·es et de percevoir immédiatement les besoins : il contribue au sentiment d'appartenir pleinement à l'équipe soignante. À l'inverse, un secrétariat relégué dans une zone excentrée – ou temporairement déplacé – entraîne un isolement fonctionnel et relationnel. Le plan d'un service est donc aussi une carte des relations professionnelles.

En gérontologie, un aménagement, encore récent lorsque je m'y rend, a permis de faire évoluer la place des secrétaires dans le service : Brigitte* m'explique que l'installation d'un petit bureau annexe au secrétariat, situé à côté des box de consultation, a permis aux secrétaires de « voir les patient·es », qui étaient jusqu'alors accueilli·es par le bureau des entrées et accompagné·es vers la sortie par les médecins. Brigitte* exprime ainsi sa joie : « Avec ce bureau, on est beaucoup plus au cœur du soin. Moi ça me plait ! » Ce nouveau bureau permet de créer du mouvement dans un secrétariat où les secrétaires sont relativement immobiles. Elles ont peu de raisons de se déplacer de leurs bureaux et les médecins et infirmier·ères passent assez rarement par le secrétariat (une poignée de passages dans la journée). Les personnes qui passent le plus régulièrement sont Michèle*, la secrétaire de pôle ainsi qu'un agent de la logistique qui distribue le courrier. Le

nouveau bureau d'accueil physique crée ainsi un rythme différent dans l'organisation des secrétaires.

Une mobilité choisie : la volonté de s'interrompre

Si j'ai décrit des formes de mobilités imposées aux secrétaires médicales, certaines secrétaires développent des stratégies pour se déplacer volontairement, interrompre momentanément leur travail de bureau et maintenir un lien direct avec l'activité de soin. Une secrétaire de l'unité médico-judiciaire décrit ainsi ses déplacements fréquents comme une façon « de voir ce qui se passe » et de rester en lien avec l'équipe de soin. Pour cela, elle aime accompagner les patient·es jusqu'aux box de consultation et remettre les dossiers en main propre aux infirmières et aux médecins légistes. Elle m'indique qu'avec sa montre connectée, elle peut voir qu'elle fait jusqu'à 6000 pas par jour grâce à ces micro-déplacements dans le service. Cette mobilité choisie permet ainsi d'accroître sa visibilité, de consolider un savoir pratique sur l'activité du service, mais aussi de faire de l'exercice physique. Ces déplacements doivent être considérés comme des pratiques constitutives du travail : ils ne sont pas seulement des interludes, mais un mode d'engagement professionnel qui redessine la frontière entre administration et soin.

Une immobilité professionnelle des secrétaires

Si les secrétaires médicales sont, comme je l'ai décrit, amenées à se déplacer de manière volontaire ou contrainte à travers l'hôpital, cette mobilité se heurte à une immobilité symbolique inhérente au statut social de ces dernières. Les secrétaires médicales occupent une position statutaire largement figée : elles dépendent souvent des relations qu'elles entretiennent avec les médecins avec lesquels elles travaillent, et la possibilité d'évoluer professionnellement reste limitée (Avril, 2019). Cette immobilité sociale se double d'une immobilité physique. Postées derrière un bureau, parfois littéralement enclavées par le mobilier ou l'architecture du guichet, elles doivent rester disponibles à tout instant. S'absenter quelques minutes peut signifier manquer un appel urgent, une consigne médicale ou un·e patient·e en difficulté. Le poste devient un point fixe, au sens géographique comme au sens hiérarchique. La sédentarité est donc la norme dans les secrétariats : la présence fixe derrière un bureau garantit la disponibilité, mais réduit la mobilité à quelques déplacements ponctuels vers un bureau annexe ou un espace d'archivage. Ainsi, lorsque je discute avec plusieurs secrétaires du service d'imagerie médicale, une partie d'entre elles entretient une relation privilégiée avec l'équipe médicale du fait de l'organisation très resserrée et

ouverte des bureaux dans un préfabriqué, tandis qu'une autre partie de l'équipe, installée dans des locaux plus vastes et parcouru de longs couloirs, m'explique ne jamais avoir le temps de « s'intéresser à ce que font les manip radio » : « on a pas le temps », m'explique Olivia*.

L'interruption est envisagée dans ce chapitre comme une expérience ordinaire du travail des secrétaires médicales, héritée d'un déplacement, du foyer au bureau, d'une charge mentale associée aux activités de soin et de coordination. La culture de l'interruption que j'ai décrite fait de la disponibilité des secrétaires une compétence incorporée. Les pratiques observées témoignent d'une cognition distribuée où l'attention se partage entre personnes, objets et espaces. Cette culture de l'interruption s'ancre enfin dans une certaine géographie du secrétariat : son ancrage spatial produit des mouvements, celui des secrétaires ou d'autres personnes (professionnel·les, patient·es) qui produisent soit des formes d'isolement soit des formes de précarité liées à la mobilité du travail, source d'interruption.

Ce chapitre explore la manière dont les secrétaires médicales participent à la fabrication quotidienne du secret à l'hôpital. À la lisière du soin et de ses modes d'organisation, elles sont tenues à une double exigence : préserver la confidentialité tout en assurant la circulation de l'information. Le secret se matérialise sous la forme d'opérations de traduction : retourner une feuille, fermer une porte, déplacer une bannette, coder un alias, et plus largement, trier, masquer, reformuler, détourner. Le chapitre distingue les secrets formels, encadrés par les règles de l'identito-vigilance et les habilitations informatiques, et les secrets informels, fondés sur des savoirs tacites, des ajustements situés et des stratégies spatiales de discrétion. Enfin, la figure de l'« enquêtrice » qu'incarnent les secrétaires médicales rend compte du lien étroit entre secret et enquête à l'hôpital : combler les blancs des dossiers, vérifier, recouper des informations tout en protégeant le secret que portent ces mêmes informations.

Chercher,
Enquêter,
Demander,
Collecter,
Observer,
Deviner,
Parcourir,
Vérifier, Récolter,
Extraire, Relever,
Choisir, Décoder,
Déchiffrer,
Dissimuler,
Cacher,
Anonymiser,
Garder le secret,
(s')Identifier

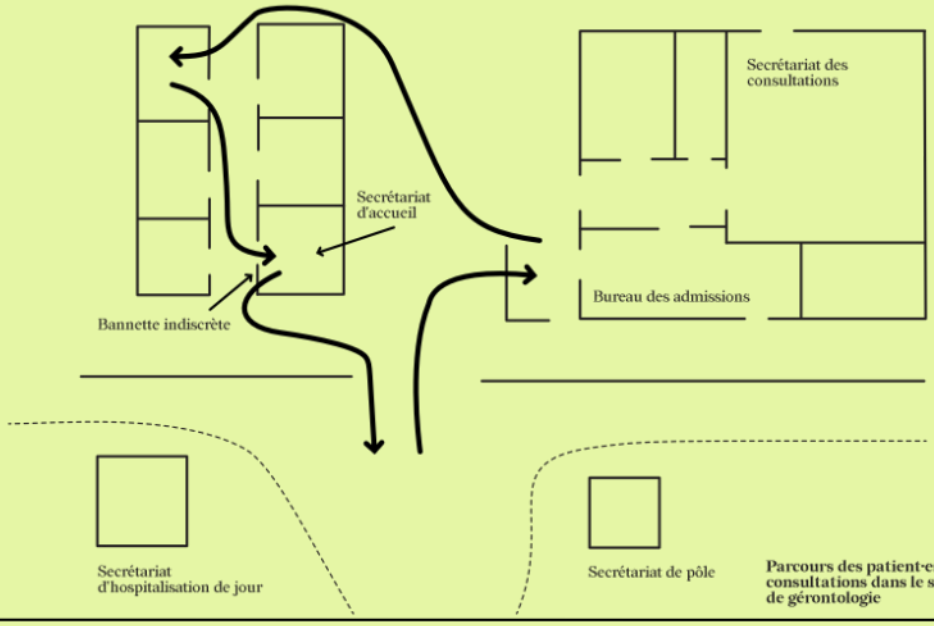
Chapitre 13

Enquêtes et secrets.

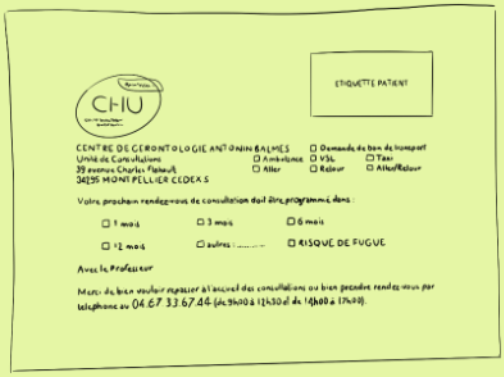
Combler les blancs, discrètement

La bannette indiscrète

La plupart des bannettes du service de gérontologie sont réunies dans des espaces qui ne sont pas accessibles au public. Néanmoins, certaines sont disposées dans des espaces limites entre le privé et le public, ce qui engendre des problèmes de confidentialité. Dans le couloir qui distribue plusieurs box de consultations, il y a aussi une extension du secrétariat : un petit bureau destiné à prendre les nouveaux rendez-vous avec les secrétaires lorsque les patient·es sortent de consultation. Devant la porte de ce mini-secrétariat, une bannette a été accrochée pour recueillir les fiches de rendez-vous ou des planches d'étiquettes des patient·es utilisées durant les consultations. Un problème se pose alors : les secrétaires ont peur que ces documents contenant des informations sensibles puissent être récupérés par des patient·es ou même par des agent·es de maintenance. La bannette n'est pas sécurisée, ouverte aux quatre vents. Les secrétaires ont alors demandé à faire installer une boîte au lettre fermée, dans laquelle les documents les plus sensibles seront à l'abri des regards indiscrets.



Parcours des patient·es en consultations dans le service de gérontologie



Aux portes du secret

Fréquemment au cours de ses journées de travail, Dominique* reçoit des appels téléphoniques. Lorsqu'elle décroche, ce sont souvent des patient·es ou leurs proches qui souhaitent avoir des nouvelles des analyses qu'ils ou elles ont faites quelques temps auparavant. Le problème, c'est que Dominique*, pas plus que ses collègues du même service, ne sont autorisés à révéler quoi que ce soit des résultats de ces analyses. Les laboratoires n'ont jamais d'interaction directe avec les patient·es : ce sont les médecins « demandeurs », souvent des généticien·nes en ce qui concerne le service de Dominique*, qui sont habilités à interpréter les résultats et les délivrer, les expliquer aux patient·es. Cette règle permet de cadrer la relation de soin et d'éviter aux patient·es de démultiplier les interlocuteur·ices. Mais en pratique, les patient·es se montrent souvent impatient·es ou inquiet·ètes et se procurent le numéro de téléphone du laboratoire pour obtenir des informations. Dans ces cas, Dominique* reste intraitable : elle confirme ou infirme que le dossier du ou de la patient·e en question est bien pris en charge « chez elle » mais elle ne peut pas dire un mot de plus, et renvoie poliment les patient·es vers leur médecin.

Lorsque Dominique* répond poliment aux patient·es sans leur révéler le contenu de leurs analyses, son geste s'inscrit dans un régime de gestion du secret à l'hôpital, et notamment du secret médical. Ce secret est activement produit dans des interactions sociales et matérielles. Dans son étude sur les services de réanimation néonatale, Anne Paillet souligne que les infirmières se retrouvent fréquemment dans cette position paradoxale : « d'une part, les infirmières sont les membres des services qui sont le plus confrontés aux parents et à leurs questions ; d'autre part, ce sont les membres du service qui sont tenus dans l'obligation la plus stricte de ne pas délivrer d'informations diagnostiques ou pronostiques » (Paillet, 2009, 8). Cela fait d'elles non pas de simples dépositaires du secret, mais des artisanes de sa fabrication. Concrètement, « devoir ne pas les éclairer [les patient·es et leurs parents], c'est en pratique participer à la confection des secrets » (*ibid.*) : gérer les attentes, détourner les questions, formuler des demi-réponses – ou même, comme le dit l'une des infirmières, « dire des bobards ».

Les secrétaires médicales occupent une position comparable. Parce qu'elles sont visibles, accessibles, disponibles – notamment par téléphone – elles deviennent souvent les premières destinataires de la demande d'information. Comme les infirmières, elles sont en première ligne, mais elles n'ont pas la légitimité médicale pour répondre. Elles sont donc prises dans une tension permanente entre accessibilité relationnelle et distance institutionnelle.

Cette tension renvoie à la place singulière des secrétaires à la lisière de l'hôpital, et ici plus précisément à la lisière du secret.

Être à la lisière du secret, ce n'est pas simplement être « proche » de ce qui doit être tu : c'est être en charge de sa préservation sans en être pleinement le sujet. Là où les médecins possèdent un droit (et un devoir) de parole, les secrétaires sont garantes d'un silence prescrit. Cette position peut générer un malaise professionnel dans certaines situations, car garder un secret est une opération qui suppose un travail. Il faut savoir ce qu'on a le droit de dire, à qui, à quel moment, dans quel cadre. Il faut parfois improviser des réponses, détourner poliment, temporiser, faire preuve de tact. Loin d'être un simple retrait de la parole, ce silence est une compétence, un savoir-faire souvent tacite, acquis par l'expérience, et rarement reconnu comme tel. Ce savoir-faire repose sur un ensemble d'opérations de traduction visant à masquer certaines informations ou au contraire à les rendre visibles. Certains objets appartenant à l'écosystème visuel du secrétariat favorisent la circulation du secret, ou bien au contraire, créent des tensions empêchant sa circulation. Ce chapitre cherche à montrer que ces opérations sont inhérentes aux métiers du secrétariat mais qu'elles prennent des inflexions particulières dans un espace comme l'hôpital où secret médical et secret professionnel se cotoient, où pratiques formelles et informelles s'imbriquent dans des configurations matérielles particulières.

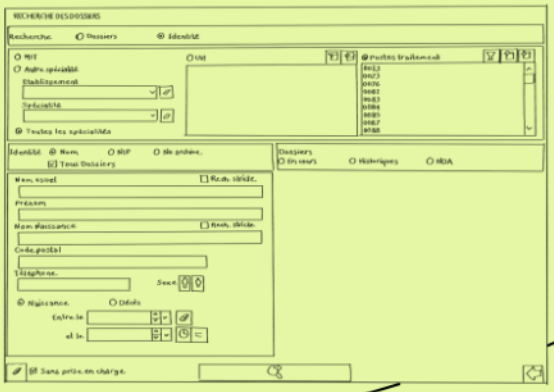
Le secret au cœur d'un métier

Il est difficile de ne pas revenir sur l'étymologie du terme « secrétaire » dans ce chapitre, tant il est proche du sujet qui m'intéresse ici : le secret. Le mot « secret » provient du latin *secretus*, participe passé de *secernere*, qui signifie séparer, mettre à part, trier. Le *secretum* désigne ce qui est mis à l'écart, ce qui est soustrait au regard (Costas et Grey, 2014, 1425). De cette racine dérive le terme de « secrétariat » : l'endroit ou la personne qui garde, trie et protège ce qui ne peut être divulgué. Dès l'origine étymologique, le secrétariat se donne comme un lieu de mise en ordre des savoirs en même temps que de leur dissimulation sélective. La sociologue Michèle Descolonges souligne un paradoxe dans la manière dont cette fonction s'est construite et qui subsiste encore aujourd'hui :

> « Au XIVe siècle, il se produit une intéressante extension du sens, puisque le secrétaire devient aussi celui qui rédige pour un autre : or, la nature de l'écrit n'est-elle pas opposée à celle du secret, puisque l'écrit implique une publicité potentielle, et sans limites ? En même temps qu'il met en place les conditions de la publicité grâce à son usage de la technique de l'écriture, le secrétaire se

L'art de faire épeler les patient·es

Lorsque je participe à une formation obligatoire pour les nouvelles assistantes médico-administratives (AMA) recrutées au CHU de Montpellier, je remarque que l'identito-vigilance en est un « gros morceau », qui arrive très vite dans la journée, avant même la manipulation des logiciels. L'une des premières choses que j'apprends, c'est que je n'ai pas le droit, pas plus que toutes les secrétaires et professionnel·les de l'établissement, d'accéder à mon propre dossier médical si j'en possède un dans cet établissement. Ainsi les manipulations sur les logiciels métiers se font sur des interfaces d'entraînement remplies de faux dossiers de patient·es. Après une heure de théorie autour de l'identito-vigilance, cette notion sera rediscutée de manière diffuse durant les deux jours de la formation.



Par exemple, la formatrice évoque une situation où un patient n'a pas voulu lui donner sa date de naissance, se sentant atteinte dans son intimité. « Mais de quoi je me mêle ? », lui aurait-il asséné. La formatrice lui avait répondu : « Avec l'informatique, je suis obligée de vous demander votre date de naissance, sinon je ne peux pas prendre de rendez-vous ». Finalement, le patient lui avait donné une date de naissance … qui s'est avérée fausse, ce qui peut avoir de graves conséquences sur sa prise en charge.
La responsabilité de cette fausse information revient à la secrétaire chargée de ce dossier.

Charte d'identification du patient dans le SIH	Document n° CHRU/ 15.a/006/v3
	Page : 5/43
CHRU	*Document(s) de référence :*

L'identification du patient est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) depuis la version V10 du manuel d'accréditation HAS avec un niveau d'exigences supérieures et une Investigation systématique,

❑ **Identification du patient**

Identifier une personne consiste à disposer des informations nécessaires et suffisantes pour ne pas confondre cette personne avec une autre. Toute ***identification*** d'une personne est au départ une tâche humaine qui consiste à recueillir les informations représentant une personne physique pour l'identifier de façon unique (nom, prénom, date de naissance, sexe, ...) qu'on appelle *traits*. Ces informations sont utilisées comme critères pour rechercher *(« recherche sur traits »)* le patient dans le système d'information afin de retrouver l'identité déjà existante ou le cas échéant de créer son identité en saisissant les traits et en attribuant un identifiant.

L'*identification* du patient est donc l'opération qui consiste à lui attribuer un *identifiant* ou à retrouver un identifiant existant, à partir des caractéristiques externes du patient (*traits*).

❑ **Identité** :

Les données qui représentent le patient dans le système d'information hospitalier constituent l'*identité* du patient.

Une *identité* est constituée :

- d'un *identifiant*,
- et de *traits*.

❑ **Identifiant :**

Il s'agit d'une séquence de chiffres ou de caractères pour représenter une personne et lui associer des informations dans le cadre de sa prise en charge. C'est une clé permettant d'accéder aux informations qui concernent une personne ou de lui attribuer des informations sans risque d'erreur.

Ce numéro est « **l'Identifiant Permanent du Patient** » ou **I.P.P.**

❑ **Traits :**

Caractéristiques définies dans un système d'information comme constituants de l'identité d'un patient et censées représenter une personne pour l'identifier de façon unique dans ce système.

On distingue :

Les traits **stricts** : Noms de famille, Prénoms, Date de naissance, Sexe. Les traits stricts sont utilisés comme critères de recherche pour la *recherche d'antériorité*.

Charte d'identification du patient dans le SIH	Document n° CHRU/ 15.a/006/v3
	Page : 6/43
CHRU	*Document(s) de référence :*

Les traits **étendus** : Ils sont utilisés pour compléter l'identité du patient. La recherche sur traits étendus est réalisée quand les traits stricts sont insuffisants. La disponibilité des traits étendus permet de sélectionner le patient dans une liste. L'adresse, le lieu de naissance, les noms du père ou de la mère ou du tuteur légal, l'existence de séjours antérieurs dans l'hôpital sont des exemples de traits étendus.

Les traits **complémentaires** : numéros de téléphone, information socioprofessionnelle, nationalité, nom de l'employeur, régime de sécurité sociale, numéro d'assurance obligatoire, numéro d'assurance complémentaire.

❑ **Profils : ensemble de traits**

❑ **Noms :**

- **Le nom de famille = nom de naissance = nom patronymique** (loi n°2002-304 du 4 mars 2002 relative au nom de famille) : c'est le nom donné à la naissance d'un individu (ne fait plus référence systématiquement au nom du père, le nom de la mère peut être choisi également comme nom de naissance ou l'association des deux),

- **Nom usuel = nom d'usage = nom marital = nom d'époux(se),** (INSTRUCTION N° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins)

❑ **Anomalie d'identité**

Il y a « anomalie d'identité » dans le Système d'Information Hospitalier (SIH) lorsqu'il y a :

- plusieurs identifiants pour un même patient (**doublon**),
- un seul identifiant pour plusieurs patients (**collision**).

- **Doublon**

Situation dans laquelle deux ***identifiants (IPP)*** ou plus concernent une même personne. Du fait de l'existence de **plusieurs dossiers pour un même patient le risque majeur est de ne pas disposer de toutes les informations médicales** concernant **ce patient**, et de prendre des décisions médicales inadéquates. Les informations contenues sont cependant considérées comme fiables, bien qu'incomplètes.

- **Collision**

Situation dans laquelle le même ***identifiant (IPP)*** est attribué à deux personnes différentes (au moins). Cela se traduit par l'existence d'un même dossier pour ces deux personnes. Le risque majeur est de prendre des décisions médicales inadéquates, car basées sur les informations d'un autre patient. Il empêche également toute utilisation du dossier du patient, en détruisant la confiance dans l'appartenance des informations médicales qui y sont contenues.

« DES VIRGULES ??!! *Mais il faut me l'envoyer en formation, elle !* », *s'exclame la formatrice.*

« *On a une collègue qui écrit* XXX, *une autre qui met une virgule* », *explique l'une des* AMA *en formation.*

Les secrétaires apprennent également qu'il y a de nombreuses situations pour lesquelles la confidentialité « standard » ne suffit pas et il faut alors mettre en place des procédures particulières pour protéger l'identité de certain·es patient·es. Il s'agit par exemple des personnes célèbres, des personnes qui accouchent sous X, du personnel de l'hôpital ou encore des personnes incarcérées. Pour ces dernières, par exemple, il faut prendre des rendez-vous sous X, qui sont convertis en dossier patient le jour du rendez-vous, afin que l'identité réelle de ces patient·es ne soit connue que le jour J. Après le rendez-vous, les informations liées au statut de prisonnier·ères de ces patient·es ne sont pas conservées. La prise en charge de ce type de patient·es entraîne des pratiques d'écriture spécifiques. Durant la formation, un échange s'engage sur la manière d'anonymiser l'identité d'un·e patient·e dans les cases prévues pour les noms et prénoms dans une fiche de programmation de rendez-vous.

Charte d'identification du patient dans le SIH	Docu
	Page
CHRU	*Document(s) de référence :*

- **Homonymie**

L'homonymie est une situation dans
associés à **deux personnes sont ident**
approchante sur les traits stricts est une des c

❑ **Domaine d'identification**

Un domaine d'identification est le pér
représenté par un seul identifiant. Notre « **do**
qui créent ou utilisent l'identité du patient
auxquels s'applique la politique d'identification

> pose en protecteur de la vulnérabilité de l'écrit, et devient le garant contre l'indiscrétion » (Descolonges, 1990, np)

Le secret au cœur de cette relation à deux – le secrétaire et son employeur – doit plus tard faire face à une appréhension plus collective du secret. Lorsqu'il définit la bureaucratie moderne, Max Weber souligne que le secret en est un élément déterminant (Weber, 1978, 992), qui marque les frontières entre différents rôles qui permettent de savoir qui est autorisé à savoir quoi, et à quel moment. Le secret crée ainsi des jeux d'appartenance – être « dans le secret » d'un service, d'un médecin, c'est faire corps avec une équipe. Erving Goffman appelle cela des *inside secrets* : les secrets permettent aux initiés de se sentir spéciaux (Goffman, 1959, 141-2). Michèle Descolonges identifie également le secret comme un capital symbolique pour les secrétaires, une manière d'exister professionnellement au sein de l'organisation. Être dépositaire d'un secret, c'est être reconnue comme appartenant à un groupe – en l'occurrence l'équipe de soins, quand bien même, d'un point de vue institutionnel, les secrétaires ne sont pas des professionnel·les de santé. Les discussions actuelles sur leur appartenance aux équipes de soin et, in fine, leur accès au statut de professionnel·les de santé se fondent d'ailleurs principalement sur cette question légale de l'accès aux données de santé (et donc au secret médical). Ce point permet de souligner un paradoxe intrinsèque de ce métier : il exige d'être partie prenante du secret au cœur d'un service hospitalier, et pourtant, les formes de travail inhérentes à la gestion de ce secret disparaissent presque derrière le statut excluant de « personnel non soignant » avec lequel on désigne les secrétaires médicales. Ce statut amène à des prises de décision politiques en matière de gestion numérique des données de santé sans considération aucune pour leur rôle dans les processus de gestion des données. Par exemple, la mise en place de la plateforme Mon Espace Santé, qui permet aux professionnel·les de santé d'alimenter un dossier médical accessible directement aux patient·es, reste à ce jour peu concluante dans les établissements de santé pour une raison simple, qui m'a été racontée par la présidente de l'Association des Secrétaires Médicales et Référentes (ASMR) : selon elle, ce sont les secrétaires qui devraient se charger d'alimenter les dossiers sur Mon Espace Santé, dans la continuité de leur activité de gestion des dossiers patient·es internes à leur établissement. Pourtant, la connexion à Mon Espace Santé est conditionnée à la possession d'un numéro RPPS, dont les secrétaires ne sont pas dotées. Les dossiers sur Mon Espace Santé restent donc relativement vides puisqu'elles n'ont légalement pas accès à certaines formes de secrets.

L'identitovigilance et les règles d'un secret formel

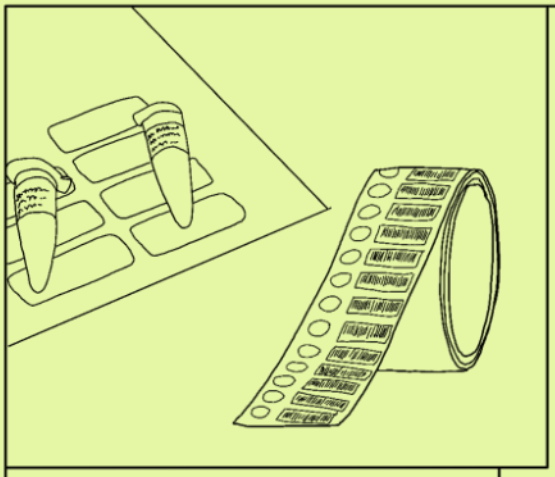
Le secret ne saurait néanmoins être réduit à son contenu : il renvoie aussi à un ensemble de pratiques sociales organisées. En ce sens, Jana Costas et Christopher Grey distinguent en anglais le terme *secrecy* qui désigne le processus de conservation du secret, et le terme secret qui renvoie au contenu même de ce secret (*ibid.*, 1427). Le secret est ainsi moins une donnée qu'un processus : il suppose un travail actif et volontaire de dissimulation, une gestion continue de la frontière entre ce qui peut être dit et ce qui doit rester tu. Ce processus est toujours traversé par des normes, des contextes organisationnels, et des enjeux éthiques. Pour l'éthicienne Sissela Bok, le secret implique nécessairement une intentionnalité, fût-elle diffuse ou routinisée : pour faire exister le secret, il faut consciemment se livrer à des pratiques de dissimulation, telles que le silence, le déguisement ou la fabrication d'informations : « il n'est pas possible de dissimuler et d'isoler sans percevoir la possibilité correspondante de révélation » (Bok, 1989, 37).

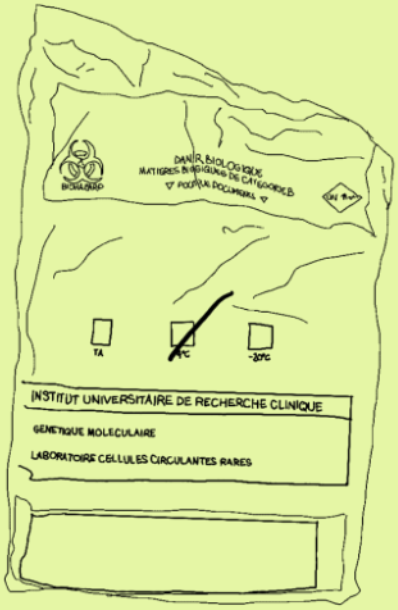
Parmi ces pratiques, Costas et Grey ont distingué un secret formel d'un secret informel. Le premier relève des obligations explicites, encadrées juridiquement ou contractuellement (signature de clauses de confidentialité, procédures de traçabilité, droits d'accès, etc.). Le second, plus diffus, relève de normes implicites, d'un savoir-être, de la connaissance des « seuils » de ce qui peut être dit ou non dans tel contexte : « Dans le secret informel, la dissimulation intentionnelle d'informations par des acteurs organisationnels se fait de manière non officielle et non écrite, et n'est pas soumise à des règles et des lois formelles » (Costas & Grey, 2014, 1433).

L'identitovigilance constitue ainsi à l'hôpital ce qui se rapproche le plus du secret formel tel qu'il est décrit par Costas et Grey. Définie par le Ministère de la Santé comme « l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'usager afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge[1] », l'identitovigilance permet d'éviter des événements indésirables comme l'administration de soins aux mauvais·es patient·es, une erreur diagnostique ou thérapeutique, un échange d'informations erronées entre professionnel·les (imagerie, examens de biologie), l'enregistrement de données de santé dans le dossier d'un·e autre usager·ère (collision), la création de plusieurs dossiers pour un·e même usager·ère (doublon) ou les erreurs de facturation. L'iden-

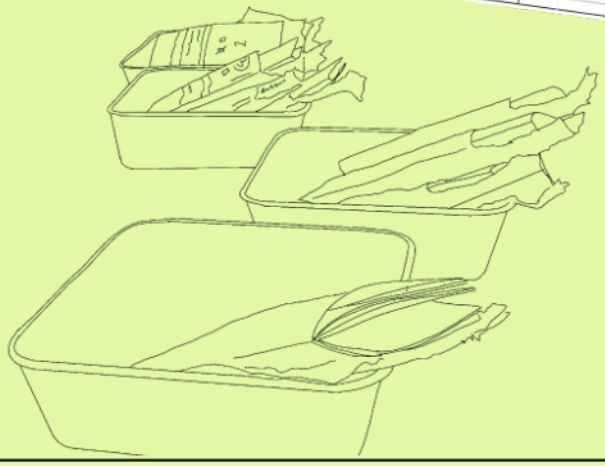
[1] Page dédiée à l'identitovigilance sur le site Web du Ministère de la Santé, consultée le 3 décembre 2025. URL : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/identitovigilance

Nomenclatures, alias et protection des données





Dans le service, les étiquettes font l'objet de plusieurs vérifications pour éviter les échanges malencontreux. Ce sont notamment les guthries (un test néonatal réalisé systématiquement quelques jours après la naissance pour dépister certaines maladies graves) qui sont vérifiées par deux personnes. Aujourd'hui, le service de génétique moléculaire utilise une nomenclature d'identification des patient·es basée sur des alias qui lui est propre. Chaque étiquette contient ainsi le numéro de prélèvement, les noms, prénoms et dates de naissance du ou de la patient·e, la date de réception du prélèvement, et le numéro d'alias. Le but est, à l'avenir, d'uniformiser ces nomenclatures à l'échelle de tous les services de génétique du CHU, afin de produire des numéros universels.



Enfin, lorsque certains prélèvements sont utilisés par les équipes de recherche de l'Inserm, les dossiers sont anonymisés. Un code particulier est utilisé : on utilise les 3 premières lettres du prénom, puis les 3 premières lettres du nom de famille et enfin le numéro d'alias.

titovigilance s'appuie sur les recommandations en matière de protection des données personnelles de santé formulées par la Cnil[2].

Les secrétaires médicales sont en prise quotidienne avec des problèmes d'identito-vigilance car elles sont à la fois chargées de programmer des actes de soin mais aussi de mettre à jour les dossiers des patient·es en y insérant des documents divers (résultats d'imagerie ou d'analyse biologique, lettres d'adressage, etc.). Chaque jour, elles frappent manuellement des dizaines de numéros d'identification du patient (NIP) ou des numéros de séjour qu'on leur dicte au téléphone, de vive voix ou bien qu'elles recopient depuis un document.

Ces numéros sont une constituante essentielle de la gestion formelle du secret à l'hôpital : ils en sont les garants. Ils ne sont néanmoins pas les seuls numéros que l'on croise à l'hôpital : dans le dossier médical de chaque patient·e, de nombreux numéros se bousculent pour tenter d'identifier au mieux ces dernier·ères. Tandis que le numéro de sécurité sociale (le NIR) permet aux établissements de facturer chaque patient·e, le numéro d'identification du patient (NIP) a longtemps constitué le numéro principal d'identification des patient·es à l'intérieur de chaque établissement. Ce numéro est complété par des numéros de séjours (NDA) qui correspondent à chaque admission des patient·es dans l'établissement sur une période donnée. Par exemple, une consultation unique est considérée comme un séjour. Récemment, un nouveau numéro est apparu : l'Identifiant National de Santé (INS). Ce numéro, unique pour chaque patient·e à l'échelle du territoire français, permet d'aller vers plus « d'interopérabilité » des systèmes d'informations de différents établissements. L'ensemble de ces numéros jouent une double fonction : ils garantissent l'intégrité du suivi médical et assurent la circulation des données, mais ils rendent possible un anonymat partiel en inscrivant le secret dans une chaîne d'identifiants techniques. La manipulation de ces numéros, bien que rigoureusement encadrée, repose en grande partie sur des gestes manuels, des routines et des pratiques discrètes d'interprétation : autant de manières de « faire tenir » le secret.

Des pratiques informelles de « distillation du secret »

Dans leur apprentissage du « secret », les secrétaires médicales s'engagent d'abord formellement, via leur contrat de travail, à se plier au secret médical, et elles acquièrent dans la foulée une connaissance théorique des pratiques de protection du secret médical (l'identito-vigilance). Mais de manière plus organique,

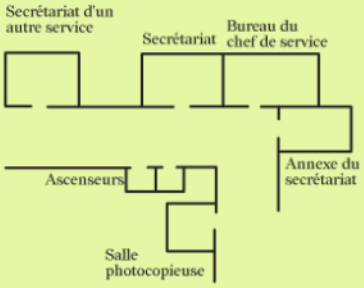
[2] Documentation en ligne de la Cnil, « Les données de santé en pratique ». URL : https://www.cnil.fr/fr/les-donnees-de-sante-en-pratique

elles acquièrent une éthique personnelle du secret qui s'appuie sur l'expérience et surtout, sur une spécificité du secret à l'hôpital : le secret professionnel y est directement lié au secret médical. Au fil des mois et des années, elles développent des compétences leur permettant de juger de ce qui peut être confié à un·e médecin, à un·e patient·e, à un·e collègue. Après plusieurs années passées dans un service hospitalier, une secrétaire médicale sait qu'elle ne peut pas remettre le dossier d'un·e patient·e à n'importe quel membre de sa famille. Elle sait aussi qu'elle n'a pas le droit de consulter le dossier des membres de sa propre famille qui seraient hospitalisés dans l'établissement dans lequel elle travaille. Elle sait également que dans certaines situations urgentes, elle peut consulter le dossier d'un·e patient·e sur un logiciel auquel elle n'est en principe pas habilitée à accéder.

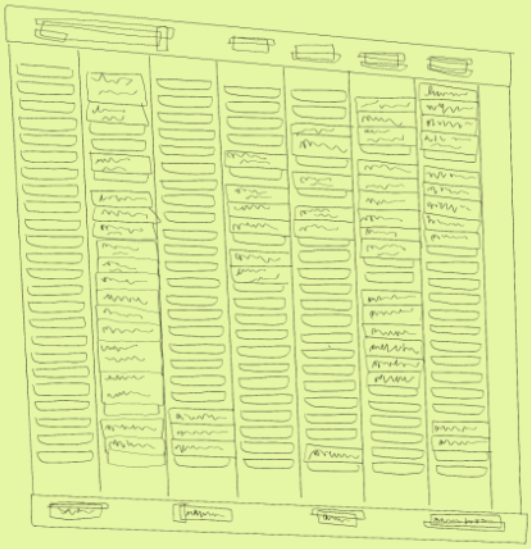
La discrétion que les secrétaires développent ainsi s'inscrit dans une histoire maintenant longue de leur construction professionnelle. Loin de la formalisation des procédures d'identito-vigilance, la discrétion est depuis plusieurs décennies perçue comme une qualité naturellement féminine[3]. La sociologue Josiane Pinto témoigne dans ses travaux de l'importance de la « discrétion » comme qualité « féminine » indispensable au travail de secrétariat : elle souligne que l'efficacité attendue des secrétaires « s'accompagne d'un effacement que magnifie le répertoire des vertus "féminines" : la "gentillesse", la "discrétion", "la méticulosité" » (Pinto, 1990, 36). Michèle Descolonges observe quant à elle que « le secret professionnel n'est pas seulement un principe déontologique : il est constitutif de l'identité même du poste » (Descolonges, 1969, 87), même s'il « est évident que cela ne fait jamais l'objet d'une fiche de fonction ou de poste destinée aux classifications » (Descolonges, 1990). Les secrétaires sont sélectionnées et socialisées pour leur capacité à « garder pour elles » les informations qu'elles manipulent – ce qui suppose à la fois des dispositions morales et l'acquisition de ce qu'elle nomment des techniques de « distillation du secret » (Descolonges, 1990). Ces techniques, propres aux secrétaires, consistent à faire circuler l'information avec une subtilité nécessaire car « la frontière entre dire et taire n'est pas nette » (*ibid.*) : le secret n'est jamais une donnée stable. Les secrétaires manient l'information au sein d'un collectif de travail dont elles doivent maîtriser les dynamiques relationnelles. Pour cela, elles s'appuient sur une connaissance fine des situations de travail : « Plus elles ont emmagasiné d'informations, de bribes de discussions, de sentiments de réussite ou de défaite, mieux elles délivrent l'information pertinente » (*ibid.*). Michèle Descolonges souligne la nécessité pour les secrétaires d'apprendre sur le bout des doigts les habitudes et les « secrets » de leurs collègues et surtout de leur patron :

[3] Ce qui n'a pas toujours été le cas car le métier de secrétaire, dans son acception la plus noble de « gardien du secret » était, avant le XIXe siècle, une fonction essentiellement occupée par des hommes. Delphine Gardey décrit à ce sujet le modèle du « gentleman » (Gardey, 2008, np)

Le panneau mural



Plan d'un secrétariat de psychiatrie et ses alentours



Derrière la porte du secrétariat, un panneau en métal est suspendu au mur, à l'abri des regards. Il permet de visualiser les mouvements des patient·es dans le service. Il y a 7 colonnes dans ce trieur : chacune correspond à un profil administratif de patient·es (Fugue, PSAD, ENTREE, DEM, PSDC, PSMU, PSUC, BSSH). Le panneau est garni de languettes cartonnées colorées : en jaune les SDT, en rouge les SDRE, en blanc les « libres ». Cet organisateur est une manière pour les professionnel·les du service de visualiser en un coup d'œil l'activité du service : qui entre, qui sort. Néanmoins, ce panneau, qui trouve un usage particulièrement pratique en étant positionné dans le secrétariat, un lieu de passage pour tous·tes les professionnel·les du service, est aussi un lieu de passage pour de nombreuses autres personnes – des patient·es, leurs proches, des personnes extérieures au service ou à l'établissement. Les secrétaires qui sont chargées de mettre à jour ce panneau, ont donc été confrontés à une difficulté majeure : comment rendre ce tableau à la fois accessible aux personnes qui ont le droit d'y accéder, sans pour autant l'afficher à la vue de tout le monde ? La solution qu'elle ont trouvé joue avec un objet particulièrement banal : la porte du secrétariat. Positionné juste derrière la porte, le panneau mural est donc à la fois tout près de l'entrée du secrétariat et à la fois dissimulée derrière une porte qui est la plupart du temps ouverte.

> « Le secret tient aussi à la vie privée, aux humeurs, aux qualités et aux défauts qui débordent dans la vie professionnelle. Savoir que monsieur A. porte des cravates tachées, que madame B. ne prend jamais l'avion, que monsieur C. a des habitudes alimentaires dictées par l'observance des règles de sa religion, que monsieur D. affectionne le suivi de chantiers éloignés de son domicile, que monsieur E. a besoin de dormir dix minutes en début d'après-midi, que madame F. a une migraine tous les mois, que le fils de monsieur G. n'en finit pas de fuguer, etc. La secrétaire le sait, et personne d'autre n'a à le savoir, à moins qu'elle ne juge bon de vous le dire. » (Descolonges, 1990)

À l'hôpital, les secrétaires médicales doivent ainsi appréhender des formes de secrets plus diffuses, et distinguer ce qui relève du secret médical (relatif aux patient·es) de ce qui relève du secret professionnel (relatif aux pratiques et activités de l'établissement et des équipes de soin). Elles savent par exemple dissimuler aux patient·es les véritables raisons du retard des consultations d'un médecin, ou bien l'inutilité de certains documents pourtant obligatoires. Plus largement, elles savent négocier avec leurs collègues des marges d'inventivité au sein des cadres formalisés du secret.

Parmi les opérations de préservation du secret que j'ai pu observer, il y a par exemple l'habitude de Valérie* qui, lorsqu'elle appelle un·e patient·e, ne donne jamais le nom complet de la personne qu'elle cherche avant d'être sûre qu'elle s'adresse à elle : comme elle annonce en début d'appel qu'elle travaille pour le service de gérontologie, l'annonce d'un nom complet est déjà une forme de fuite des données si l'interlocuteur·ice n'est pas la bonne personne. Une autre stratégie consiste à retourner consciencieusement les documents lorsque les secrétaires se les font passer de bureau en bureau dans un secrétariat où circule beaucoup de patient·es. Ce type de bonne pratique n'est pas toujours formulée comme une obligation, les secrétaires se transmettent entre elles ces pratiques qu'elles jugent efficaces. Mais elles ne sont pas appliquées uniformément d'un secrétariat à l'autre. Dans le service de génétique moléculaire, le fax est souvent utilisé pour accélérer l'envoi de résultats d'analyse aux médecins prescripteur·ices lorsque l'envoi par courrier s'avère trop long. Dans ces cas, l'envoi d'un fax fait l'objet d'une procédure particulière instaurée par les secrétaires, qui a été validée par une évaluation qualité du COFRAC[4]. Avant d'envoyer un fax, Dominique* appelle le secrétariat du service receveur pour avertir de l'arrivée d'un fax. L'objectif est que le document soit rapidement récupéré par une secrétaire, ou un autre membre du personnel, afin d'éviter qu'il ne traîne près de la photocopieuse.

[4] Organisme d'accréditation des laboratoires de biologie médicale.

C'est donc dans un entre-deux, entre régulation institutionnelle et pratiques situées, que se logent les pratiques informelles du secret. Elles constituent une culture professionnelle qui dépasse les prescriptions écrites, et se nourrissent de négociations pratiques sur ce qu'il convient de révéler ou de dissimuler dans un contexte donné.

Épaisseurs du secret

L'espace, à la fois physique et numérique, de l'hôpital se fragmente chaque jour au rythme des secrets qu'il faut préserver. Cet espace n'est pas fragmenté de façon nette, le secret s'y faufile comme il peut, jouant de l'expérience et des affects de chacune des personnes qui y est confrontée. Le secret se donne à voir dans l'épaisseur matérielle des interfaces et des documents, des murs en béton comme des murs virtuels.

Dans les espaces numériques que constituent le dossier patient informatisé ou d'autres logiciels associés, ce sont les habilitations qui jouent le rôle de murs : il faut être en possession d'identifiants d'accès valides pour y accéder. Mais ces habilitations ne sont pas l'unique rempart de la protection du secret. La sécurité technique qu'offre la possibilité d'ouvrir ou de fermer l'accès à une interface donnée ne tient jamais bien longtemps à l'hôpital, un lieu où l'urgence oblige parfois à enfoncer quelques portes. Une fois la première porte technique passée, l'accès à un dossier médical en particulier n'est régi que par l'éthique professionnelle de chacun·e : les professionnel·les de santé n'ont le droit d'accéder qu'aux dossiers dont ils et elles ont la charge dans leur service. Ils ne peuvent pas accéder au dossier d'un·e proche ou d'un·e collègue qui serait hospitalisé dans un autre service, par exemple. Des sanctions disciplinaires sont parfois appliquées à des personnes qui auraient voulu satisfaire leur curiosité, mais au quotidien les professionnel·les doivent souvent se conformer aux consignes formalisées tout en négociant avec les spécificités de leur activité.

Le secrétariat est donc un espace de négociation quotidienne autour du secret médical : faut-il privilégier l'efficacité de la prise en charge des patient·es ou la protection de leurs données ? Ce dilemme se pose à chaque fois qu'une secrétaire médicale programme un rendez-vous en face d'un·e autre patient·e, à chaque fois qu'un·e patient·e entre dans un bureau recouvert de documents de santé, à chaque fois qu'un médecin discute d'un dossier avec une secrétaire au guichet d'accueil. Ce dilemme se pose particulièrement dans cet espace – le secrétariat – qui est à la fois public et privé : les patient·es peuvent souvent y entrer, alors qu'on y manipule des informations sensibles qui ne doivent en principe pas être dévoilées à n'importe qui. Si le secret est relativement facile à tenir lorsqu'un·e

médecin est enfermé·e dans un box de consultation avec un·e patient·e, la tâche se complique dans un secrétariat. Si les guichets sont pensés pour respecter des « lignes de discrétion » et pour empêcher les personnes extérieures de voir ce qui se joue à l'intérieur du « box », dans beaucoup de cas, le secrétariat est un bureau classique, qu'il faut traverser en part en part pour accéder à la secrétaire. La gestion du secret est également rendue plus ou moins facile selon que les bureaux soient individuels, collectifs ou flexibles (les secrétaires changent de bureau tous les jours).

Les secrétaires ont donc développé des stratégies pour préserver la confidentialité des échanges, en accord avec l'organisation spatiale de leurs espaces de travail. Parmi les murs qui rythment les logiques spatiales du secret, on rencontre ceux qui structurent certains services où le secret est plus secret qu'ailleurs. Du moins, différentes formes de secrets se rencontrent en un même endroit. C'est le cas de certaines données médicales jugées particulièrement sensibles, comme les données en génétique, qui sont traitées sur des logiciels dédiés et ne sont pas accessibles à tout le personnel de l'hôpital. C'est également le cas dans tous les services qui travaillent avec la Justice, où le secret médical est entravé par une autre forme de secret : le secret de l'instruction.

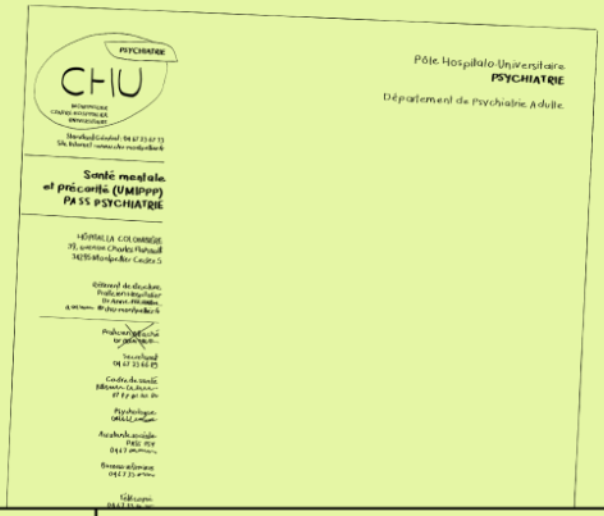
La médecine légale est une de ces spécialités médicales dont le système d'information est singulier à plusieurs égards. Le chef de l'institut médico-légal que je visite m'explique que cette spécialité n'est reconnue administrativement que depuis peu – une dizaine d'années. Cette reconnaissance récente entraîne un retard considérable sur les technologies de l'information et le développement d'outils-métiers spécifiques. Cette spécificité repose sur la manipulation d'informations relevant du secret de l'instruction : ces données ne peuvent pas circuler dans d'autres services hospitaliers via le dossier patient informatisé. L'inverse est également vrai : un médecin légiste ne soigne pas, il constate. Il ne doit donc en principe pas accéder au dossier médical des patient·es qui en possèdent un dans l'établissement. Néanmoins, ces règles s'appliquent avec une certaine flexibilité : en pratique, il est impossible de faire une demande de communication de dossier à chaque fois qu'un médecin légiste en a besoin, cela emboliserait le service en charge des dossiers médicaux. Ainsi, sans logiciel métier permettant de prendre en charge les spécificités de l'information médico-légale, les systèmes d'information se construisent localement : dans le service que j'ai pu observer, les secrétaires et les médecins utilisent un intranet accessible seulement depuis leurs postes d'ordinateur. Le service utilise un système de numérotation des dossiers pensé à l'échelle du service : A156/24 (Autopsie n°156 de l'année 2024).

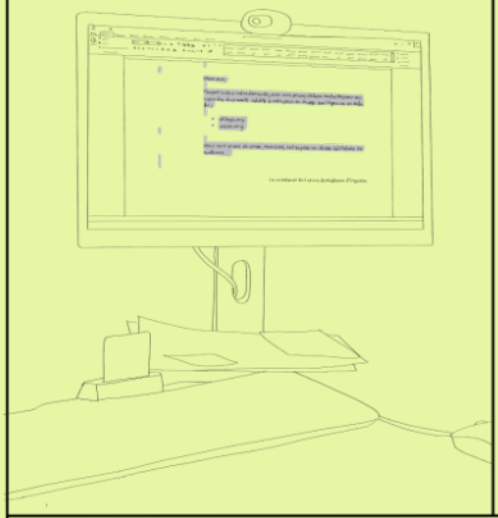
Les secrets ont donc une épaisseur matérielle : celle des interfaces, de leurs codes d'accès et de leur nomenclatures d'écriture, mais aussi celle des liasses de documents qui circulent à l'intérieur de l'hôpital mais aussi vers l'extérieur. Je

Les « com de dossier » en psychiatrie

Assez régulièrement, Isabelle* est amenée à faire des « communications de dossiers ».

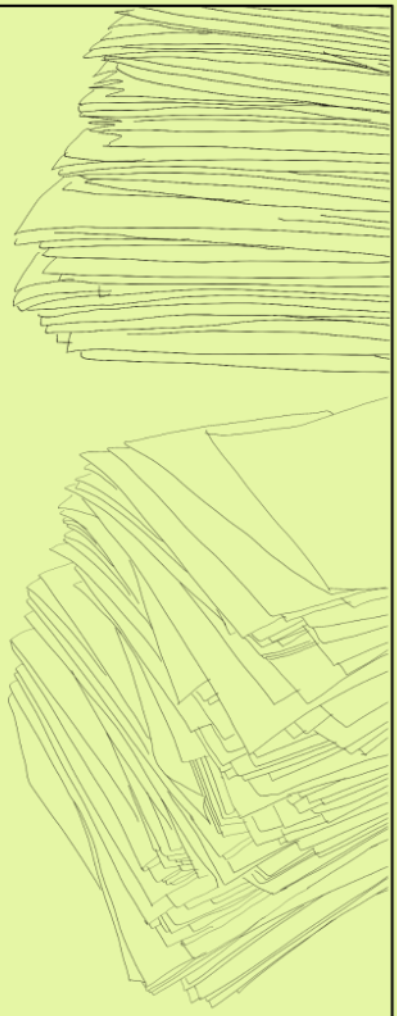
Plus fréquentes en psychiatrie que dans les services de médecine somatique, ces demandes émanent soit des patient·es et de leur famille, soit d'une demande du tribunal (on parle de « saisie des dossiers »). Dans ce second cas, la demande est considérée comme urgente. Isabelle* reçoit un mail du service des dossiers médicaux qui demande à chaque service concerné d'extraire les données nécessaires de leurs archives (numériques et papier).





En psychiatrie, les demandes de communication de dossiers sont plus longues à traiter car les patient·es ont des historiques de soin plus longs et complexes que la moyenne des patient·es de l'hôpital. Aussi, les archives sont encore pour partie éparpillées entre des dossiers papiers et des dossiers numériques. Le travail d'extraction des données est donc redouté par les secrétaires, qui savent que cela peut leur prendre des heures, et que dans le cas de demandes urgentes, cette tâche passe avant toutes les autres. Parfois, il y a plusieurs « pochettes » à scanner. Une « pochette » est une unité assez volumineuse utilisée aux archives : cette unité de mesure permet de figurer une grande quantité de travail. Isabelle* garde en tête l'exemple d'un dossier de plus de 6000 pages qui, dans le cadre d'une saisie de justice, devait être envoyé « dans les meilleurs délais ».

« Dans ce cas-là, on lâche tout et on reste jusqu'à 20h30 », me dit-elle, mettant en avant un certain sens du devoir qui justifie les heures supplémentaires imprévues.



Lorsqu'elle se connecte au dossier patient informatisé, elle identifie d'abord les documents qui concernent son service. Une fois qu'elle a cliqué sur le secteur « psychiatrie précarité », elle doit déplier des dizaines de lignes pour vérifier si des documents ont été produits. Ce jour-là, ce sont seulement 5 items qu'Isabelle* retiendra pour une communication de dossiers (un petit dossier donc). Pour extraire les données demandées, Isabelle* doit « sortir » (comprendre : imprimer) des pans entiers du dossier, et faire le tri sur le dossier patient informatisé des documents que l'on peut imprimer directement, de ceux dont il faut faire des captures d'écrans car la page n'a pas été conçue pour être imprimée.

Pour faire une réponse officielle au service des dossiers médicaux, Isabelle* a besoin de la validation du médecin responsable. Pour créer une preuve de cet accord, elle génère un courrier en usant d'une ribambelle de bricolages informatiques : d'abord, elle fusionne un modèle de courrier type pour les communications de dossiers avec un modèle de courrier type de son service. Elle imprime ce courrier, qu'elle fait signer manuellement à la psychiatre, puis qu'elle re-scanne dans le dossier patient. Ce courrier est adressé à la fois au demandeur (une famille, un·e juge) et au service des dossiers médicaux. Isabelle* conserve également une copie papier de courrier … au cas où.

constate ainsi que de nombreux·ses professionnel·les de santé continuent d'utiliser l'envoi postal ou par fax comme gage de confidentialité. En effet, si certains dispositifs numériques sont bien plus sécurisés que le courrier postal, au quotidien, ces dispositifs ne sont pas toujours accessibles : une adresse mail sécurisée n'a pas été configurée, des documents ne peuvent pas être envoyés directement depuis un logiciel mais doivent être exportés en PDF ou bien être imprimés, le « chemin » sécurisé d'un·e personne à un·e autre n'a tout simplement pas été pensé par voie numérique.

En psychiatrie, la communication entre l'hôpital et les services de la Justice se fait principalement par voie postale, faute d'un outil numérique garantissant à la fois le secret médical et le secret de l'instruction. L'épaisseur du secret se fait ainsi particulièrement palpable lorsque les secrétaires médicales doivent répondre à des « demandes de communication ». Concrètement, lorsqu'une une personne extérieure à l'hôpital (un·e patient·e ou ses proches, un juge, etc.) demande à accéder à un dossier médical, le « service des dossiers médicaux » se charge de centraliser ces demandes, de procéder aux démarches administratives nécessaires et d'adresser des demandes à chaque service dans lequel un·e patient·e est passé pour obtenir un « export » d'une partie du dossier médical. Le service des dossiers médicaux ne peut pas procéder lui-même aux exports des dossiers car les personnes qui y travaillent ne sont pas habilitées à y accéder, ni à manipuler les données qui se trouvent dans les dossiers des patient·es. Loin d'être automatisée, cette opération s'appuie donc sur l'articulation d'un ensemble de personnes (des secrétaires le plus souvent). Le secret qui caractérise la manipulation de ces dossiers et de leur contenu n'est donc pas une construction lisse et uniforme, mais plutôt un empilement d'opérations dépendant des accès limités de chacun·e des secrétaires à différents dossiers.

« On est des enquêtrices » : remplir les blancs, discrètement

Finalement, je voudrais mettre en lien les opérations, formelles et informelles, du secret avec une autre forme d'opération : celles de l'enquête. Ces deux types d'opérations sont intrinsèquement liées à l'hôpital.

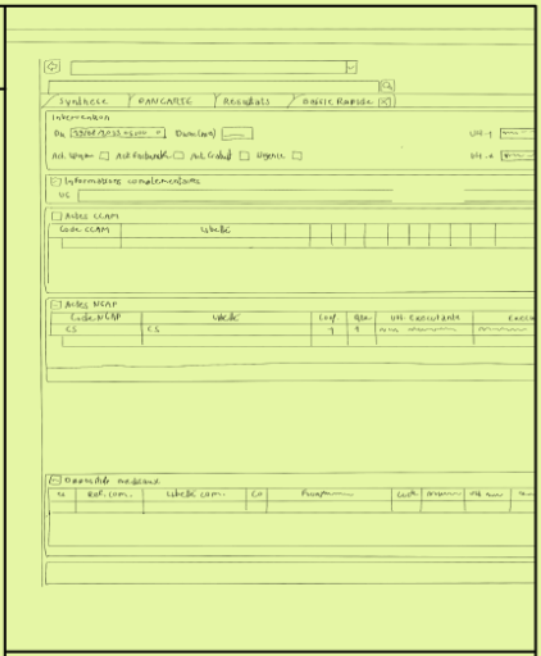
Partout où j'ai rencontré une secrétaire aux prises avec des dossiers médico-administratifs, j'ai entendu parler d'enquêtes. De petites enquêtes, qui peuvent prendre quelques secondes et parfois toute la journée. Presque toutes se qualifient, souvent avec humour, « d'enquêtrices » du quotidien. Pour remplir de minuscules trous dans les dossiers, les formulaires et les dossiers, elles partent à la recherche d'informations, souvent semblables mais qui manquent inlassa-

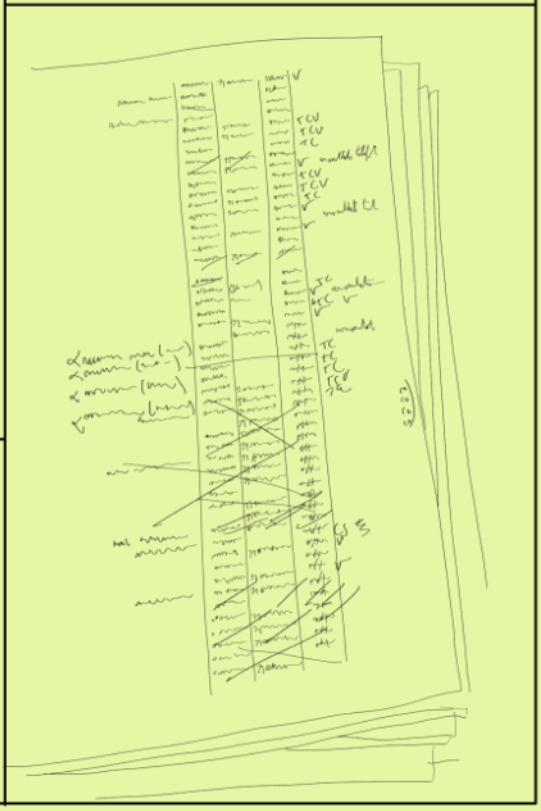
Le *patient et ses documents : une navigation tortueuse*

La fiche de cotations

Dans la majorité des secrétariats, la cotation de l'activité de consultation incombe aux secrétaires médicales : concrètement, pour chaque patient·e reçue en consultation dans leur service, elles doivent signifier à l'aide d'un code particulier que la consultation a bien eu lieu et qu'elle peut être facturée à l'assurance maladie. Ce geste administratif est jugé indispensable pour le bon fonctionnement de l'hôpital, bien que beaucoup de médecins manquent de temps pour s'y plier de manière consciencieuse. Les secrétaires récupèrent donc une petite partie de cette activité, limitée aux consultations. Tous les mois, la Direction de l'Information Médicale (DIM) fait parvenir au secrétariat une fiche récapitulative des actes qui n'ont pas été « cotés » : il y des blancs, des trous, des vides.

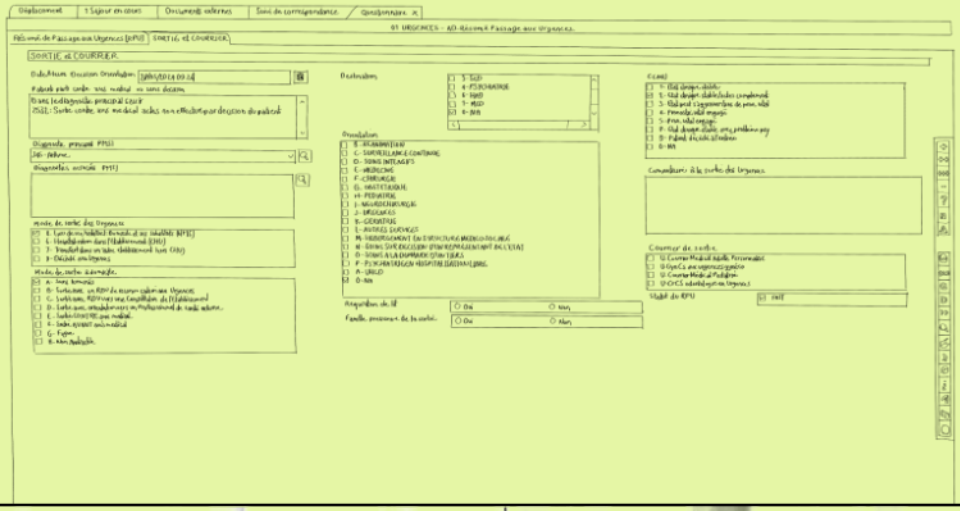
Lorsque le tableau récapitulatif qu'elles reçoivent comporte des annotations, elles doivent vérifier pour chaque consultation qui pose question si le ou la patient·e est bel et bien venu. Cette vérification s'effectue généralement assez rapidement sur le dossier patient informatisé grâce à une case « venu » ou « pas venu ». Mais parfois, il faut également aller vérifier dans ce même dossier si des « observations » ou un compte-rendu ont été fait après la consultation prévue : s'il y a des documents, c'est que le ou la patient·e est venu·e. Si la cotation ne représente qu'une petite partie de l'activité des secrétaires, c'est une des plus surveillée, car de cela dépend le financement de l'établissement et du service de dermatologie.

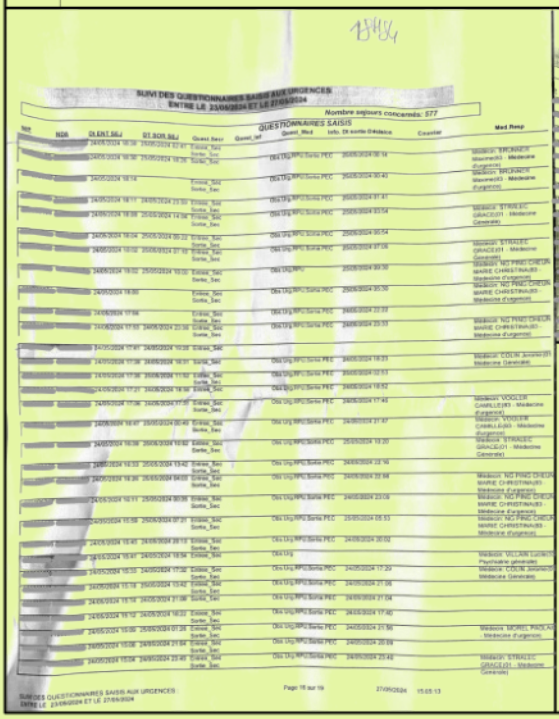




Les listes de dossiers non clôturés

Aux urgences, les secrétaires doivent régulièrement vérifier que tous les dossiers ont bien été « clôturés ». Il arrive régulièrement que des dossiers s'empilent sur l'interface du dossier patient informatisé bien après le départ des patient·es.

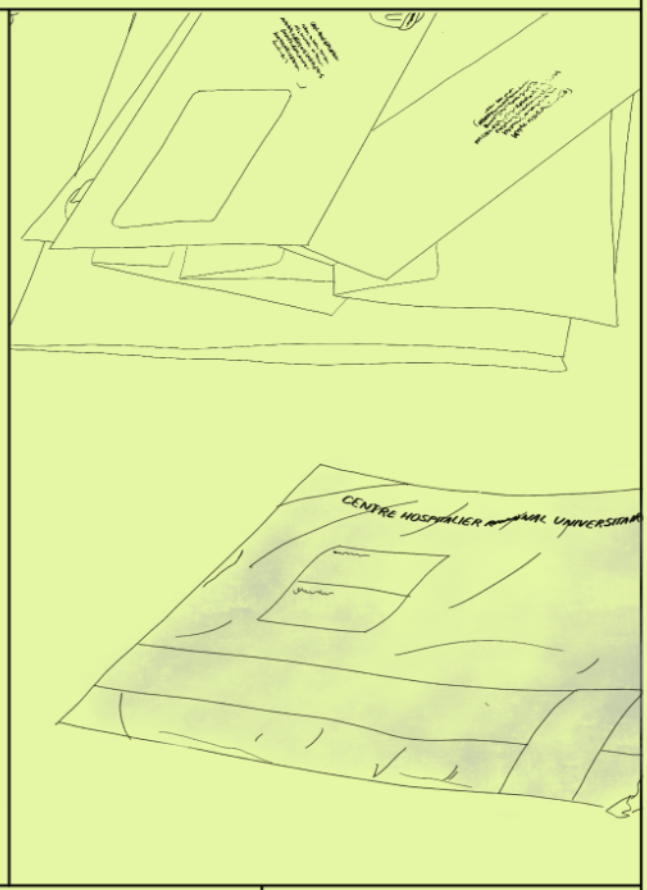


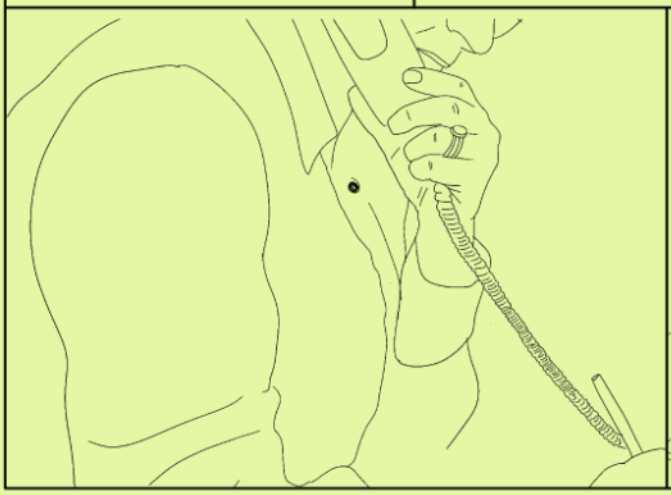


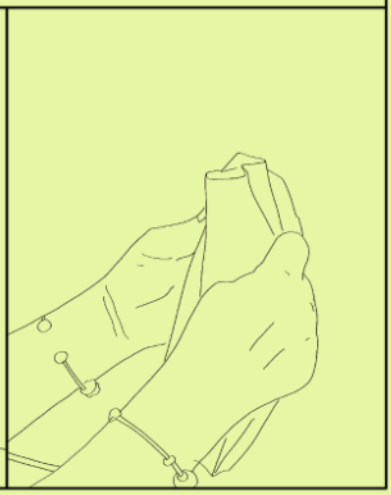
Tous les 4 jours, Alice* imprime la liste de tous les dossiers des patient·es admis·es dans le service – une vingtaine de pages en moyenne –, puis elle surligne au stabilo ceux qui sont « bloqués ». Ces dossiers sont souvent bloqués car les médecins ou les infirmier·ères n'ont pas rempli ou signé tous les champs du dossier en question. Alice* reprend donc chaque dossier un par un pour vérifier ce qui ne va pas. Parfois, entre l'impression de la liste et le rappel d'Alice* auprès de ses collègues, le problème a déjà été réglé, parfois elle doit le leur rappeler plusieurs fois.

L'enveloppe kraft anonyme

Un matin, Manon* reçoit une enveloppe en papier kraft marron. Elle contient elle-même une autre enveloppe, blanche cette fois, qui contient un prélèvement biologique dans un tube scellé. En temps normal, ce type d'enveloppe est accompagné d'un courrier de réquisition qui missionne le laboratoire de toxicologie pour certaines analyses ou, à minima, identifie l'officier de police judiciaire chargé du dossier. Mais aujourd'hui, Julie n'a aucune de ces informations, sans lesquelles elle n'est même pas autorisée à ouvrir l'enveloppe blanche, considérée comme un « scellé ». Sans ces informations, elle ne peut pas savoir si cette enveloppe est véritablement destinée à son service – les erreurs postales étant nombreuses. La seule information dont elle dispose est l'adresse de l'expéditeur, une gendarmerie qu'elle connaît bien, à force d'échanges téléphoniques. Elle s'emploie donc à obtenir les informations qu'il lui manque en appelant l'un des gendarmes qu'elle connaît : heureusement pour elle, c'est lui qui a envoyé cette enveloppe. Affaire résolue. Mais ce courrier aurait pu passer beaucoup plus de temps sur le bureau de Manon.







blement : un nom de médecin, une date de naissance, un numéro de téléphone, une adresse postale, etc. Pour faire aboutir leurs enquêtes, elles jonglent entre plusieurs outils : le dossier patient informatisé, les archives de leurs boîtes mail, les annuaires de l'établissement, le téléphone ou leurs collègues.

Les enquêtes menées par les secrétaires médicales prennent souvent naissance dans un défaut de correspondance : une pièce manquante, une donnée discordante, un identifiant introuvable, un courrier dont on ignore s'il est arrivé à bon port. Dans l'infrastructure documentaire hospitalière, ces blancs ne sont pas de simples absences : ils déclenchent une série d'opérations visant à combler le manque, à recouper les traces, à restituer la continuité d'un dossier ou la logique d'un parcours de soin. Ces enquêtes, discrètes, mobilisent une connaissance située de l'organisation, mais aussi une attention particulière à l'infrastructure graphique dans laquelle elles prennent place.

Ce que les secrétaires nomment parfois « enquêter » renvoie en réalité à un double rapport aux documents : il faut à la fois remplir et lire entre les lignes, respecter les formats tout en repérant leurs limites. Ce que Lisa Gitelman nomme des « blancs » (Gitelman, 2014, 26) renvoie ainsi à une véritable culture visuelle administrative : un formulaire vide, un champ à compléter dans un logiciel, une case non cochée sont autant d'éléments qui apparaissent comme des formes banales du travail administratif, mais qui relèvent en réalité d'un travail singulier.

L'historienne des médias souligne que les blancs ne sont jamais complètement vides. Ils sont préformatés, « alignés dans l'attente d'utilisations particulières » (*ibid.*, 23). Autrement dit, ils sont déjà saturés d'un usage anticipé, d'une intention gestionnaire : « chaque type de blanc a été conçu et fabriqué pour son propre usage, comme une technologie primitive de l'information [...] adaptée à l'organisation et au contrôle des connaissances selon ce que Charles Babbage [...] appelait « la division du travail mental » (*ibid.*). Ce que les secrétaires expérimentent quotidiennement, dans leurs opérations d'enquête, ce sont les effets concrets de cette division du travail mental. La séparation entre la conception des formulaires et leur remplissage détermine des chaînes d'action et des logiques de responsabilité : « le travail de remplissage a été séparé du travail de planification de l'objet du remplissage et de direction de la manière dont le remplissage devait se dérouler : une "révolution managériale" réalisée en miniature » (*ibid.*, 24). Le formulaire précède ainsi la situation, il attend une inscription conforme. Lorsque cette conformité est mise en échec, c'est à la secrétaire d'y remédier. Puisqu'ils sont des vides, les blancs ont aussi tendance à disparaître derrière leur pouvoir normatif : ce dernier est d'autant plus fort qu'il passe inaperçu. Les qualités textuelles du blanc ont ainsi été « "naturalisées" par les processus sociaux qui les ont rendues utiles en tant qu'instruments imper-

sonnels, de sorte que l'impression qui y figure “a semblé disparaître” » (*ibid.*, 30). Les champs des formulaires en tous genres sont ainsi invisibles tant qu’aucune erreur ne vient rappeler la fragilité d’un tel objet graphique d’ordonnancement d’une organisation comme l’hôpital.

Les secrétaires médicales, en remplissant ces blancs, discrètement, en menant de brèves enquêtes, doivent constamment composer avec les tensions entre standardisation et singularité de l’information médico-administrative. C’est là que le travail d’enquête rencontre celui du secret. Car l’information médico-administrative est à la fois structurée par des normes de confidentialité et façonnée par des formats d’inscription qui en déterminent l’accès, la forme, la transmission.

Ce travail prescrit d’enquête et de remplissage contribue ainsi à une forme de déshumanisation du travail médico-administratif : « Les formulaires vierges contribuent à la routinisation, ils déshumanisent », écrit Lisa Gitelman. Pourtant, les enquêtes menées par les secrétaires médicales introduisent une forme d’enrayement de cette logique. Elles redonnent du sens aux écarts, aux erreurs, aux décalages, non par volonté de subversion, mais par une attention au bon déroulement de l’activité – le « faire propre » développé dans le chapitre 7.

Finalement, on constate que le secret enferme autant qu’il valorise les secrétaires médicales. Il peut accentuer la marginalisation d’un personnel considéré comme à la fois comme nécessaire (gardien du secret) et périphérique (non-soignant). Le secret rend le travail difficile à voir, à décrire, à valoriser. Jessa Lingel et Kate Crawford soulignent, dans un article consacré à l’utilisation de la figure de l’assistante dans le développement de nouvelles technologies de surveillance, que la féminisation de cette figure permet de la rendre inoffensive :

> « Le fait de considérer les secrétaires comme non menaçantes et remplaçables permet de leur confier des secrets en toute sécurité, précisément parce qu'elles sont présumées incapables d'utiliser à mauvais escient ou d'exfiltrer les informations qui leur sont communiquées » (Lingel et Crawford, 2020, 13)

Elles soulignent que ce manque de considération pour les personnes qui veillent sur nos secrets, nous amènent à oublier l’existence même de ces personnes et du travail qu’elles font : « Nous leur confions des données (en partie) parce que nous oublions qu'elles sont là » (Lingel et Crawford, 2020, 14).

Le secret participe ainsi à l’invisibilisation du travail des secrétaires médicales, que Costas et Grey qualifient de secrecy paradox. Les secrétaires se trouvent liées de manière indistinctes aux secrets qu’elles protègent :

> « [...] il ne faut pas en déduire qu'il existe deux domaines distincts du secret – l'information et le social – mais plutôt qu'il s'agit de deux aspects du secret qui sont toujours entrelacés. Ils sont conceptuellement distincts, dans le sens où l'un se réfère à la chose gardée secrète et l'autre au processus social qui permet de garder cette chose secrète. Mais d'un point de vue empirique, ils sont toujours liés : il est impossible d'envisager une situation dans laquelle quelque chose serait gardé secret sans que personne ne s'engage à le garder secret ; de même, il est impossible d'envisager une situation dans laquelle des personnes seraient engagées dans la pratique du secret sans rien garder secret » (Costas et Grey, 2014, 1430)

Dans certaines organisations, les secrétaires sont rebaptisées assistantes, en signe d'un « élargissement de leurs responsabilités », mais ce glissement n'est pas anodin : pour Michèle Descolonges, « il enregistre un discrédit du métier de secrétaire » (Descolonges, 1990) et il devient le symptôme d'une transformation des représentations professionnelles, au sein d'une nomenclature traversée de rapports de pouvoir, notamment liés au genre. Il reflète un double mouvement : d'une part, la revendication d'une reconnaissance intellectuelle (« comme si la dénomination d'assistante détenait une valeur plus intellectuelle que celle de secrétaire », Descolonges, 1990) ; d'autre part, une mise à distance d'une figure perçue comme désuète ou subalterne, malgré son rôle essentiel dans le travail collectif. Ce brouillage terminologique interroge le devenir du secret : « en changeant de nom, vont-elles néanmoins traiter du secret ? » (*ibid.*). Descolonges suggère que le maintien du secret comme matériau professionnel dépend moins de la dénomination officielle que des préoccupations et des nécessités que les actrices du métier décident d'investir. Mais ce changement marque aussi un déplacement du rapport au secret. Alors que l'histoire du mot secrétaire enracine cette fonction dans une position stratégique – « le secrétaire est [...] la personne dépositaire des secrets, le confident, l'intime » – l'assistante semble se situer davantage du côté de la rationalisation managériale, voire de la transparence.

Ce chapitre interroge ce dont les secrétaires médicales prennent soin, en élargissant la notion de *care* au-delà du champ clinique. Il montre d'abord que leur travail est une forme de soin apporté aux relations (avec les patient·es et les équipes de travail) mais aussi aux choses (notamment les dossiers des patient·es). Autour du guichet, espace de mise en (in)visibilité du travail, elles produisent un véritable confort administratif, aménageant les conditions d'une relation de soin. Des formes de travail comme la décoration y sont analysées comme une zone grise du travail de *care*. Le chapitre plaide ainsi pour la reconnaissance d'une forme de soin administratif pris en charge par les secrétaires médicales.

Accueillir,
Réceptionner,
Garder le lien,
Se soucier,
Écouter, Guider,
Faciliter, Orienter,
Rassurer, Informer,
(re)Expliquer,
Dialoguer,
(sur)veiller,
Décorer

Chapitre 14

Soin.
Une attention aux patient·es et aux dossiers

De quoi les secrétaires prennent-elles soin ?

En 2012, Claus Bossen et ses collègues se sont intéressés au travail des secrétaires médicales dans un hôpital danois et ont proposé de le qualifier de travail de *care* : si l'article est intéressant parce qu'il qualifie de « soin » une partie du travail des secrétaires médicales qui est rarement qualifié ainsi (le traitement des dossiers et de l'information médicale), j'aimerais ici interroger plus largement les activités des secrétaires et ce dont elles prennent soin. Bossen *et al.* expliquent que « l'objet principal du travail des médecins et des infirmières est le patient : le dossier médical, ses canaux d'information et ses aspects formels ne font que documenter et enregistrer les soins prodigués au patient. Pour les secrétaires médicales, les dossiers et les canaux d'information eux-mêmes constituent les principaux objets de travail, dont elles veillent à l'exhaustivité, à l'intégrité et aux aspects formels » (Bossen *et al.*, 2012, 5). Cette perspective, si elle permet de donner une valeur différente au travail administratif, me semble peu représentative de la manière dont les secrétaires perçoivent leur travail : celles que j'ai rencontrées expriment aimer le contact avec les patient·es et ne perçoivent le sens de leur travail administratif que lorsque ce dernier est lié directement aux patient·es. La séparation des tâches d'accueil et d'administration des dossiers est souvent pointée comme une forme de rationalisation du travail peu souhaitée par la plupart des secrétaires. Il serait donc abusif de dire que l'objet du travail des secrétaires est, au contraire des médecins, non pas les patient·es mais leurs dossiers. Je reprends ici une idée des sociologues Jérôme Denis et David Pontille : si « le souci des choses est toujours aussi un souci des femmes et des hommes qui prennent soin d'elle » (2022, 355), alors on peut dire que pour les secrétaires médicales, le souci des choses que sont les dossiers médicaux, et plus largement l'information médico-administrative, est toujours aussi le souci des patient·es dont ils permettent la prise en charge.

> « Notre monde n'est pas supporté par la force d'un Titan, mais par la force quotidienne et démultipliée de toutes les femmes qui, d'une façon ou d'une autre, se soucient, prêtent attention, récurent, nettoient, changent le linge et les vêtements, organisent un repas de fortune, s'affairent. » (Molinier, 2020, 207)

Cette citation de la philosophe Pascale Molinier, qui a étudié différentes formes de « travail du *care* » dans le secteur de la santé, me semble opportune pour qualifier le rôle des secrétaires médicales à l'hôpital. L'examen du travail quotidien de ces dernières, que j'ai déployé tout au long de ce manuscrit, invite à élargir la compréhension du (travail du) *care* au-delà des seules interactions cliniques.

Pour situer le travail des secrétaires dans le champ du travail du *care*, il faut revenir aux définitions, mais aussi aux difficultés que soulève leur application à des pratiques administratives. Le travail de *care* est d'abord compris comme une somme de pratiques reposant sur une forme d'attention souvent invisible et difficilement quantifiable (Molinier, 2020). Il peut s'appliquer à une variété de pratiques visant à maintenir un certain état du monde (Tronto, 2020 [1993]), qu'elles s'adressent directement à des personnes ou bien à l'environnement matériel dans lequel elles évoluent. Pascale Molinier insiste sur la difficulté à cerner ce travail : il se dérobe aux définitions trop générales car il est toujours à examiner dans des contextes particuliers. Le *care*, dit-elle, ne peut pas se réduire à une vertu morale ou à une disposition affective. Il reste « invisible parce qu'il ne vise pas la reconnaissance » (Molinier, 2020, 47) et parce qu'il s'effectue dans des marges où il n'est pas identifié comme « soin ». Sa définition met donc en lumière à la fois la centralité de l'attention – « l'art de l'ajustement à des situations toujours particulières » (*ibid.*, 80) – et la difficulté structurelle à reconnaître ce travail parce qu'il se situe dans des zones grises des organisations. Molinier associe le travail de *care* à « des activités spécialisées où le souci des autres est explicitement au centre, le travail des infirmières et des aides-soignantes, par exemple, mais il désigne également des activités plus éloignées du soin, au sens curatif du terme » (Molinier, 2020, 98). Elle ajoute que le travail de *care* renvoie aussi à « une dimension morale qui peut être sollicitée dans toutes les activités de services, au sens où servir, c'est prêter attention à [quelqu'un·e ou quelque chose] » (*ibid.*, 99).

Si l'on admet que l'hôpital est peuplé de « choses très hétérogènes qui travaillent au quotidien à assurer la continuité de la trame sociomatérielle du monde » (Denis & Pontille, 2022, 355), il me semble alors important d'interroger la notion de « care » à deux endroits du travail des secrétaires médicales : le soin qu'elles portent aux relations (avec les patient·es ou leurs collègues) et le soin qu'elles portent aux choses, ces deux formes de soin étant intrinsèquement liées.

Les secrétaires et le guichet

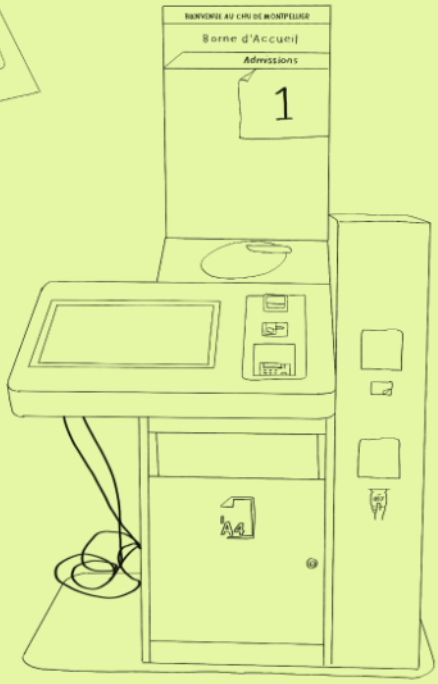
Le guichet hospitalier constitue un espace singulier, en plein cœur de ce que j'ai précédemment qualifié de « lisière » de l'hôpital. Il s'agit d'un dispositif qui organise la visibilité réciproque entre les patient·es et le personnel hospitalier, et qui permet de mettre en scène la relation de soin : dans de nombreuses situations d'interaction entre une secrétaire et un·e patient·e, des objets sont montrés et d'autres sont cachés. Ces objets sont souvent des documents ou des interfaces logicielles. Leur mise en (in)visibilité se négocie entre deux types de guichet : le

Les étiquettes inutiles

Les étiquettes sont des documents indispensable dans beaucoup de situations à l'hôpital : on en distribue une planche imprimée sur du papier adhésif à chaque patient·e lors de son admission. Dans certains cas, ils et elles ont droit à une page A4 entière, tandis que dans d'autres situations, il n'ont qu'une bandelette de quelques étiquettes. Dans la plupart des cas, et notamment pour les consultations et examens en externe (les patient·es se déplacent spécifiquement pour cela), les étiquettes ne sont que très peu utilisées : une, tout au plus, sera collée sur une fiche de suivi des consultations. Les secrétaires considèrent que c'est un énorme gâchis de papier. Les patient·es le remarquent aussi, et questionnent souvent les secrétaires sur la raison de ce grand nombre d'étiquettes.

Un jour, un patient se présente au guichet pour un scanner, et tend à la secrétaire la planche d'étiquette qui lui a été donnée à l'accueil. Ces étiquettes sont en principe collées sur différents documents pour identifier le patient, mais dans le cas présent, les étiquettes ne sont d'aucune utilité à la secrétaire. Sachant que cette planche d'étiquettes représente pour le patient l'aboutissement d'une procédure parfois laborieuse d'admission administrative, elle préfère prélever une étiquette de la planche et la coller sous son bureau pour faire croire au patient que cela lui sera utile et ne pas créer de frustration chez lui.

Ce geste incarne la capacité des secrétaires à prendre en charge le « confort administratif » des patient·es, au-delà d'une simple mise en œuvre de procédures médico-administratives.



guichet « physique » et le guichet téléphonique, deux espaces de filtrage et de modulation de l'information.

Le sociologue Vincent Dubois rappelle à propos de cet espace emblématique de la construction des administrations publiques que le guichet est « l'illustration parfaite et la plus évocatrice [d'un] mode de relations distancié et autoritaire : placé en position de quémandeur ou de solliciteur, l'administré est soumis au bon vouloir du fonctionnaire, sans espérer pouvoir franchir la barrière matérielle qui isole physiquement, mais aussi symboliquement, celui-ci du public » (Dubois, 1999, 41). Mais cette distance n'est jamais figée. Elle peut être accentuée ou atténuée selon les situations, au gré d'arrangements pratiques qui tiennent autant à l'architecture qu'aux gestes et aux paroles échangées\ « le travail des "petits bureaucrates" n'est dès lors jamais exclusivement bureaucratique : il peut se muer en assistance morale personnalisée aussi bien qu'en épreuve de force » (*ibid.*, 34).

On retrouve ce caractère mouvant dans la matérialité même des interactions : documents et écrans passent sans cesse du visible au caché. Comme l'évoque Dubois, « c'est au guichet que sont révélés, dénoncés et pour partie réglés les tracasseries, erreurs ou retards qui sont le lot quotidien du fonctionnement bureaucratique » (*ibid.*, 36). À l'hôpital, la remise d'une planche d'étiquettes en est un bon exemple : elle constitue souvent pour le ou la patient·e le signe tangible que « quelque chose a été fait », même lorsqu'elle a peu d'utilité pratique. Le geste de coller discrètement une étiquette sous le bureau illustre ainsi la capacité des secrétaires à appréhender les parts visibles et invisibles de la bureaucratie, à dissimuler ses aspérités pour protéger la relation.

Cette gestion du visible et de l'invisible se décline dans les différentes matérialisations du guichet. Outre le guichet physique, il existe dans tous les secrétariats un « guichet téléphonique » dans lequel Jean-Marc Weller montre que « ce qui se joue dans ces échanges, ce n'est pas seulement la transmission d'informations, mais l'organisation d'une interaction dans laquelle le bureaucrate aménage les conditions de réception de ce qu'il dit » (Weller, 1997, 132). Là encore, la frontière entre public et privé ne disparaît pas mais se recompose autrement : par le ton de la voix, le choix des mots, l'omission ou l'accentuation de certaines informations. On peut y voir une transposition, sur un autre support, de ce que Dubois désigne comme le « double jeu » constitutif de toute interaction bureaucratique (Dubois, 1999, 158). Derrière la vitre ou au téléphone, les secrétaires arbitrent sans cesse entre routine administrative, compassion, formalisme ou conversation « amicale » (*ibid.*, 158).

Le guichet est donc un espace où les secrétaires médicales transforment un dispositif architectural ou téléphonique en un espace relationnel. Il s'agit main-

tenant de montrer comment ces formes de soin se déploient à l'avant et à l'arrière du guichet, de manière plus ou moins visible.

En première ligne : la production d'un confort administratif

La relation des secrétaires aux patient·es est souvent le point de focalisation principal des discours sur ce métier, pour le meilleur et pour le pire. Si les secrétaires valorisent beaucoup cet aspect de leur travail, c'est aussi celui dont elles se plaignent le plus. Le 18 mars 2021, alors que les secrétaires sont « au front » comme de nombreux autres corps de métiers durant la pandémie de Covid-19, un reportage diffusé sur France 3 Occitanie[1] présente le témoignage d'une secrétaire dans un cabinet médical : elle explique avoir écrit une lettre au Président de la République pour faire reconnaître la difficulté de son métier en des temps troublés. Les demandes affluent, l'agressivité augmente, et les secrétaires sont le premier contact des patient·es. Le reportage rapporte des expériences proches de celles que j'ai pu écouter à l'hôpital auprès des secrétaires médicales que j'ai rencontrées. Toutes ont connu des incidents avec des patient·es, certaines ont vécu des agressions qui les ont marquées. Ces différentes expériences de relation aux patient·es, qu'elles soient positives ou négatives, diffèrent d'un service hospitalier à l'autre.

En psychiatrie, par exemple, Monique* considère son travail comme relativement différent de celui qui est fait par ses collègues « en somatique ». Selon elle, son métier repose sur une véritable compétence d'accueil : il faut apprendre à avoir des conversations avec les patient·es qui ne se limitent pas à la prise d'un rendez-vous. Elle est souvent amenée à les écouter ou bien leur ré-expliquer de nombreuses fois des éléments de leur prise en charge médicale. Certain·es patient·es sont hospitalisé·es régulièrement, ce qui permet aux secrétaires de les reconnaître et d'entretenir une relation cordiale avec elles et eux. Néanmoins, si beaucoup de secrétaires ont des histoires à raconter sur des rencontres désagréables voire violentes avec des patient·es, la psychiatrie m'est décrite comme un secteur particulièrement sensible. Monique* s'est déjà retrouvée face à une arme blanche, ce qui a amené à l'installation d'un système d'alarme dans son bureau qui permet d'alerter les infirmiers du rez-de-chaussée en cas de situation jugée dangereuse avec un·e patient·e.

[1] « Covid : fatiguée d'être en première ligne, une secrétaire médicale du Tarn écrit au président Macron », France 3 Occitanie, 18 mars 2021. URL : https://www.youtube.com/watch?v=rFzS9HbvDqk

Lors d'une pause cigarette, Céline* m'explique quant à elle qu'elle a pu rencontrer un certain nombre de situations conflictuelles avec des patient·es durant sa longue carrière à l'hôpital. Par exemple, elle a découvert après avoir été insultée plusieurs fois par un patient qu'il était atteint du syndrôme de la Tourette. Elle n'en avait pas été prévenue, ce qui l'a donc choquée au début. Lorsqu'elle l'a su, ces rencontres ont continué d'être éprouvantes pour elle. Plus tard, lorsqu'elle était secrétaire de direction, elle a vu surgir un « couple de gitans » dans son bureau, dans un état de grande agitation suite à la mort d'un proche. Céline* s'est sentie en danger, ayant peur d'être agressée physiquement. Son premier réflexe fut de parcourir son bureau du regard pour identifier des armes potentielles dont pourraient se saisir les patient·es. Après cet incident, sa cadre a décidé que les objets tranchants devraient être rangés dans les tiroirs.

Si ces interactions sont marquantes et, de ce fait, souvent racontées, elles sont loin de représenter le quotidien des secrétaires médicales. D'abord parce qu'une part non négligeable des secrétaires médicales ne sont pas en contact direct avec les patient·es. D'autre part, lorsqu'elles sont en contact direct avec les patient·es, ces interactions sont de différentes natures, en fonction de la spécialité médicale, de l'état de santé des patient·es, de leurs origines sociales, de la raison de leur venue (consultation, intervention chirurgicale, examen, etc.). L'expression couramment utilisée de la « première ligne » de contact avec les patient·es, associée à une certaine violence de cette rencontre, doit ainsi être qualifiée plus finement.

Un travail esthétique

Une partie du travail des secrétaires médicales s'inscrit dans ce que Anne Witz, Chris Warhurst et Denis Nickson (2003) décrivent comme un travail esthétique (« labour of aesthetics », Witzz *et al.*, 2003), qui renvoie à un ensemble de qualités visuelles et comportementales – tenue vestimentaire, posture, voix, gestuelle – qui produisent une impression conforme aux attentes de l'organisation et des usager·ères. Les secrétaires médicales incarnent ainsi une interface entre l'institution hospitalière et les patient·es. Leur présentation personnelle participe à ce que les auteur·rices nomment une esthétique organisationnelle « jugée appropriée à l'image souhaitée par l'organisation et qui est incarnée par les travailleurs » (Witz *et al.*, 2003, 41). Les patient·es lisent dans cette apparence et cette manière d'être un signe de sérieux, de compétence, mais aussi d'accessibilité et de bienveillance. En ce sens, le corps et l'apparence des secrétaires deviennent le vecteur d'un discours institutionnel, parfois avant même que le moindre mot ne soit échangé.

Witz et ses collègues insistent sur le fait que ce type de travail esthétique est structurellement genré : « ce sont les corps des femmes qui sont le plus souvent recrutés, formés et déployés dans le cadre de l'esthétique organisationnelle » (*ibid.*, 39). Historiquement associé aux compétences féminines supposées naturelles – sourire, douceur, présentation soignée – ce travail esthétique est souvent attendu sans être reconnu comme une compétence professionnelle à part entière. Pour les secrétaires médicales, cette exigence esthétique fonctionne comme une forme implicite de « tenue au travail » : elle participe à la construction de leur crédibilité dans un environnement où elles occupent une position subalterne mais exposée publiquement.

Dans son enquête sur les hôtesses d'accueil, la sociologue Gabrielle Schütz décrit des comportements et des attentes qui relèvent pleinement de ce travail esthétique. Elle note que les salariées doivent « incarner visuellement et relationnellement l'image que le client souhaite donner de lui-même » (Schütz, 2018, 57). L'apparence et la posture deviennent des supports stratégiques de communication organisationnelle, même lorsque l'activité principale ne relève pas directement de la vente ou du service commercial. Schütz souligne que cette dimension esthétique, bien que centrale pour l'expérience des usager·ères, est rarement reconnue comme une compétence, et reste largement assignée à des femmes jeunes. Si l'on retrouve chez les secrétaires médicales un rapport certain à la « bonne présentation » et de manière générale à l'importance de la propreté dans leur travail, ainsi qu'une occupation majoritairement féminine de ces postes, la comparaison avec les hôtesses d'accueil doit être nuancée. Si ces dernières sont embauchées principalement sur des critères physiques (*ibid.*, 42), cette hypothèse ne se vérifie pas chez les secrétaires médicales à l'hôpital : ces dernières doivent répondre à des compétences spécifiques et leur recrutement ne semble pas soumis à des critères physiques – j'ai observé des femmes très différentes physiquement. Le travail esthétique des secrétaires médicales repose donc plutôt sur la mise en place d'un certain nombre de compétences de « savoir-être » : capacité à « faire propre[2] », bonne expression orale, sympathie, patience, empathie, pédagogie.

[2] Cette capacité à « faire propre » a été décrite dans le chapitre 7 comme une capacité à produire de l'ordre dans les pratiques d'organisation de l'information. Elle est ici étendue à l'apparence physique des secrétaires, qui doivent être « propres sur elles ». Cette valeur de propreté esthétique est associée aux attributs d'une féminité respectable (vêtements près du corps mais pas trop, colorés dans une certaine mesure, maquillage et coiffure présents mais modérés, etc.), qui évoque les conditions de féminisation du métier dans les classes moyennes et bourgeoises au début du XXe siècle (voir la notion de « good girl » dans : Robertson, 2021, 201).

Les secrétaires et la blouse blanche

Ce travail esthétique est ancré dans une certaine réalité matérielle : les émotions qui traversent une secrétaire et les patient·es avec qui elle discute ne peuvent exister que parce qu'un contexte spécifique leur a permis de s'exprimer. Cette dimension esthétique du travail s'inscrit dans une pratique aussi banale que le port de la blouse blanche. C'est un exemple emblématique de la mise en scène du travail à l'hôpital et de la séparation visuelle entre les équipes de soins et les autres (Francequin, 2008). J'ai ainsi observé que beaucoup de secrétaires médicales portent une blouse blanche à l'hôpital. Lorsque je me suis présentée dans chaque secrétariat, ces dernières m'ont souvent proposé immédiatement d'en enfiler une. Je me prête à l'exercice, bien que l'idée qu'un·e patient·e m'interpelle à cause de cette blouse m'effraie instantanément. En réalité, porter la blouse ne semble pas être une obligation formelle pour les secrétaires médicales, mais la plupart d'entre elles apprécient cette distinction visuelle : avec leur blouse, elles appartiennent à l'équipe de soin. Elles sont facilement identifiables comme des personnes compétentes, à qui l'on peut s'adresser. Sans leur blouse, elles peuvent passer inaperçu, prendre une pause sans être interpellées par des patient·es, mais elles peuvent aussi être jugées moins compétentes. C'est d'ailleurs ce qui les distingue souvent des adjoint·es administratif·ves qui occupent des postes d'accueil au bureau des admissions par exemple. Le statut et les compétences d'une secrétaire médicale se voient ainsi à la possibilité qui s'offre à elle de porter la blouse. Mais cette pratique est la plupart du temps liée à la présence de patient·es dans le service où elles travaillent. Dans les bureaux qui ne laissent pas entrer ces dernier·ères, la blouse s'avère bien moins indispensable. D'ailleurs, certaines secrétaires n'enfilent leur blouse que pour se déplacer dans les couloirs – car à leur bureau, elles sont identifiables. En dehors du secrétariat, la blouse est aussi un outil d'identification entre professionnel·les : ces dernières ne sont pas coupées de la même manière et sont surmontées d'étiquettes ou de liserés colorés qui différencient les corps de métier. À la queue de la cafétéria, qui voit passer toutes sortes de publics, la blouse s'avère pratique pour obtenir une réduction sur son café, ou bien pour passer en priorité (un avantage réservé aux médecins). Porter ou ôter sa blouse devient donc, sans obligation contractuelle, une pratique stratégique.

L'histoire de la blouse hospitalière permet de comprendre la profondeur symbolique de ce vêtement. Le médecin Dan W. Blumhagen rappelle que « la signification culturelle de la "blancheur" révèle un large éventail de significations entourant la rencontre thérapeutique, dont les aspects les plus importants sont l'autorité et les pouvoirs surnaturels des médecins et la protection des patients » (Blumhagen, 1979, 1). Le blanc exprime à la fois la pureté, l'innocence et une forme de neutralisation des tabous liés au contact corporel. Autrement dit, la

Porter la blouse

CHU
MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIE
NALUNIVERSITAIRE
SECRETAIRE MEDICALE
CHU

blouse blanche n'est pas qu'un habit pratique, mais un outil symbolique qui rend possible une relation de soin sécurisée et légitime. Historiquement, son adoption est liée à la professionnalisation scientifique de la médecine et à l'essor de l'hôpital moderne (Blumhagen, 1979, 3). En France, Ginette Francequin souligne qu'un « vêtement n'est pas seulement un tissu, c'est une marque d'identité, un signe de reconnaissance, un statut » (*ibid.*, 2). Mais ce statut est fortement genré : « quand quelqu'un, qu'il soit un hospitalisé, visiteur, ou quiconque, croise un personnel féminin en blouse blanche, "cette femme ne peut au plus qu'être une infirmière ! Alors qu'un homme en blouse blanche ne peut qu'être au minimum médecin voire le directeur" » (*ibid.*, 3). La blouse n'est pas seulement un signe adressé aux patient·es, elle structure aussi les relations à l'intérieur du collectif hospitalier. Comme le note l'infirmière et anthropologue Michèle Olivier-Amouroux, « ce qui fait l'expression de ce vêtement : ce sont les poches dont "l'art de savoir les exhiber signe le niveau de grade dans la hiérarchie des signes à l'hôpital. Le stéthoscope symbolise le monde médical et hospitalier. La poche est le domaine réservé de l'infirmière, son lieu intime, un peu comme le serait un bureau, espace de travail personnel et individualisé qu'elle ne peut avoir à l'hôpital où tout est collectif, où tout doit être partagé (garrot, mouchoir, paire de ciseaux)" » (Olivier-Amouroux, dans : Francequin, 2008, 2). Dans cette lecture, la blouse devient à la fois un uniforme collectif et un espace d'individualisation minimale, un support matériel où se rejouent les hiérarchies professionnelles. Porter la blouse, pour les secrétaires médicales, revient donc à se situer dans cette organisation symbolique de l'appartenance.

En somme, le travail esthétique des secrétaires participe d'un dispositif organisationnel de représentation sociale, articulant normes corporelles, savoir-faire relationnel et stratégies personnelles pour traduire, au guichet, l'image que l'hôpital veut donner de lui-même.

Les documents à l'appui de la relation patient·e

Le travail dont s'acquittent les secrétaires médicales « au guichet » repose donc sur la mise en scène esthétique de cette rencontre entre une secrétaire et un·e patient·e. Cette mise en scène s'appuie sur des objets graphiques de toutes sortes, qui ont pour objectif de faciliter cette rencontre. Les cartes de visite sont un premier exemple d'objet graphique omniprésent sur les comptoirs des guichets d'accueil. Ce sont souvent les secrétaires qui se chargent de les concevoir, de les imprimer et de les distribuer. Elles sont toujours à portée de main, et on en imprime des centaines dans les services qui observent beaucoup de passages. Dans certains services, la conception d'un objet aussi simple qu'une carte de visite peut donner du fil à retordre : dans un service de psychiatrie dédié à la

prévention du suicide, des cartes de visite sont remises aux patient·es lorsqu'ils sortent des urgences psychiatriques. Elles comportent côté face l'inscription d'un numéro vert national et côté verso un QR code qui, une fois scanné, compose directement le numéro vert et l'enregistre dans les contacts du téléphone. Dans la pratique, l'impression de ces cartes de visite demande une réflexion adaptée à ces patient·es. La secrétaire avec qui j'en discute m'explique qu'elles sont imprimées à la reprographie de l'hôpital, mais que la qualité ne lui convient pas : le papier est fin, mal massicoté, pas plastifié. En somme, elles ne font pas « sérieux ». Une autre secrétaire précise à la volée que si les cartes ne sont pas plastifiées c'est parce que les patient·es pourraient s'en servir pour se blesser. Ainsi, entre l'effort de formalisation d'un document officiel, qui inspire confiance, et la sécurité des patient·es, les secrétaires opèrent des choix matériels spécifiques.

Les documents qui médient la relation secrétaires-patient·es peuvent aussi prendre la forme d'une convocation savamment annotée lors d'une discussion faisant suite à une consultation, ou de fiches d'information à propos d'une intervention médicale ou chirurgicale, organisées dans des pochettes cartonnées et commentées par les secrétaires médicales. Parfois, ces objets graphiques permettent de maintenir un lien à distance entre une équipe soignante et des patient·es. C'est le cas dans le secteur Vigilans, où un dispositif peu courant a été mis en place : dans ce programme permettant un suivi psychologique des personnes ayant commis une tentative de suicide, les patient·es reçoivent à échéance fixe des cartes postales de la part de l'équipe de soins. Ces cartes postales, dont l'envoi est pris en charge par les secrétaires, complètent un suivi téléphonique opéré par des professionnel·les de santé. Chaque patient·e en reçoit au moins 3 durant les 6 mois de sa prise en charge par ce dispositif. Jugée plus personnelle qu'un courrier classique, la carte postale tend à compléter le rôle d'un proche : montrer une présence, une attention à la personne qui la reçoit. Si ces cartes ne sont pas totalement personnalisées (aucun texte manuscrit n'y est inscrit), il en existe une collection dédiée à différents publics par tranche d'âge. Ainsi, le texte pré rempli en utilisant une typographie imitant l'écriture manuscrite diffère d'une carte à l'autre : par exemple, les cartes disent « tu » aux personnes mineur·es et « vous » aux personnes majeur·es. La partie la plus importante de la carte postale est le choix de l'image, qui a fait, et fait toujours, l'objet de discussions à l'intérieur du service. Au départ, ce sont les psychiatres qui ont soumis des images de peintures impressionnistes jugées « déprimantes » par les secrétaires et certains membres de l'équipe soignante, ce qui est un comble quand on adresse une carte postale à une personne fragile psychologiquement. Progressivement, les images ont fait l'objet d'une réflexion collective : une diversité d'images libres de droit a été sélectionnée pour chaque tranche d'âge, et des collaborations avec des artistes locaux ont commencé à émerger. Pour tenter de

Les cartes de visite

Pour toute demande de RV
dermato@chu-montpellier.fr

- Courrier du médecin
- NOM, Prenom
- Date de naissance
- Numero de téléphone

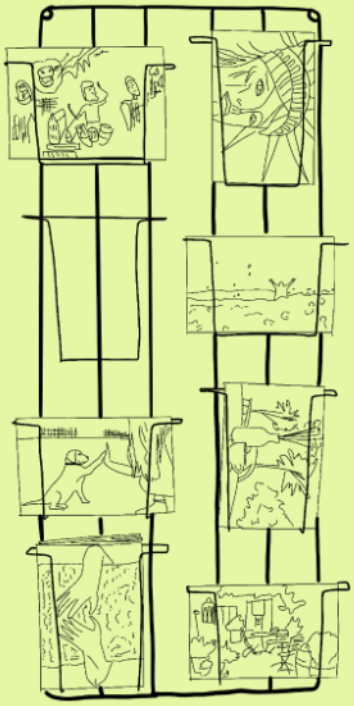
Photos des lésions (si possible)

CHU
Imagerie Médicale
MONTPELLIER
CHU
Flashez ce QRcode
pour vous Identifier
et consulter vos
résultats d'imagerie

Culture visuelle en psychiatrie

Dans un secteur de l'hôpital dédiée à la prévention du suicide, un dispositif étonnant a été mis en place : dans ce programme permettant un suivi psychologique des personnes ayant commis une tentative de suicide, les patient·es reçoivent à échéance fixe des cartes postales de la part de l'équipe de soins. Ces cartes postales, dont l'envoi est pris en charge par les secrétaires médicales, complètent un suivi téléphonique opéré par des professionnel·les de santé. Chaque patient·e en reçoit au moins 3 durant les 6 mois de sa prise en charge par ce dispositif.

Jugée plus personnelle qu'un courrier classique, la carte postale tend à compléter le rôle d'un proche : montrer une présence, une attention à la personne qui la reçoit. Si ces cartes ne sont pas totalement personnalisées (aucun texte manuscrit n'y est inscrit), il en existe une collection dédiée à différents publics par tranche d'âge. Ainsi, le texte pré rempli dans une typographie imitant l'écriture manuscrit diffère d'une carte à l'autre : par exemple, on va dire « tu » aux personnes mineur·es et « vous » aux personnes majeur·es, et le texte est adapté à l'étape de prise en charge des patient·es.



Mais la partie la plus importante de la carte postale, c'est le choix de l'image, qui a fait, et fait toujours, l'objet de discussions à l'intérieur du service. Au départ, ce sont les psychiatres qui ont soumis des images de peintures impressionnistes jugées « déprimantes » par les secrétaires et certain·es membres de l'équipe soignante. Progressivement, les images ont fait l'objet d'une réflexion collective : une diversité d'images libres de droit ont été sélectionnées pour chaque tranche d'âge, et des collaborations avec des artistes locaux ont commencé à émerger. Pour tenter de procurer un sentiment positif aux patient·es qui vont recevoir ces cartes, l'équipe a donc sélectionné des photographies de paysages, d'animaux, d'une tasse de café dans un environnement « cosy », de graffitis ou de dessins d'animaux marins.

Une fois la bonne carte sélectionnée pour un·e patient·e, une secrétaire médicale la glisse dans une enveloppe et écrit à la main l'adresse postale de destination.

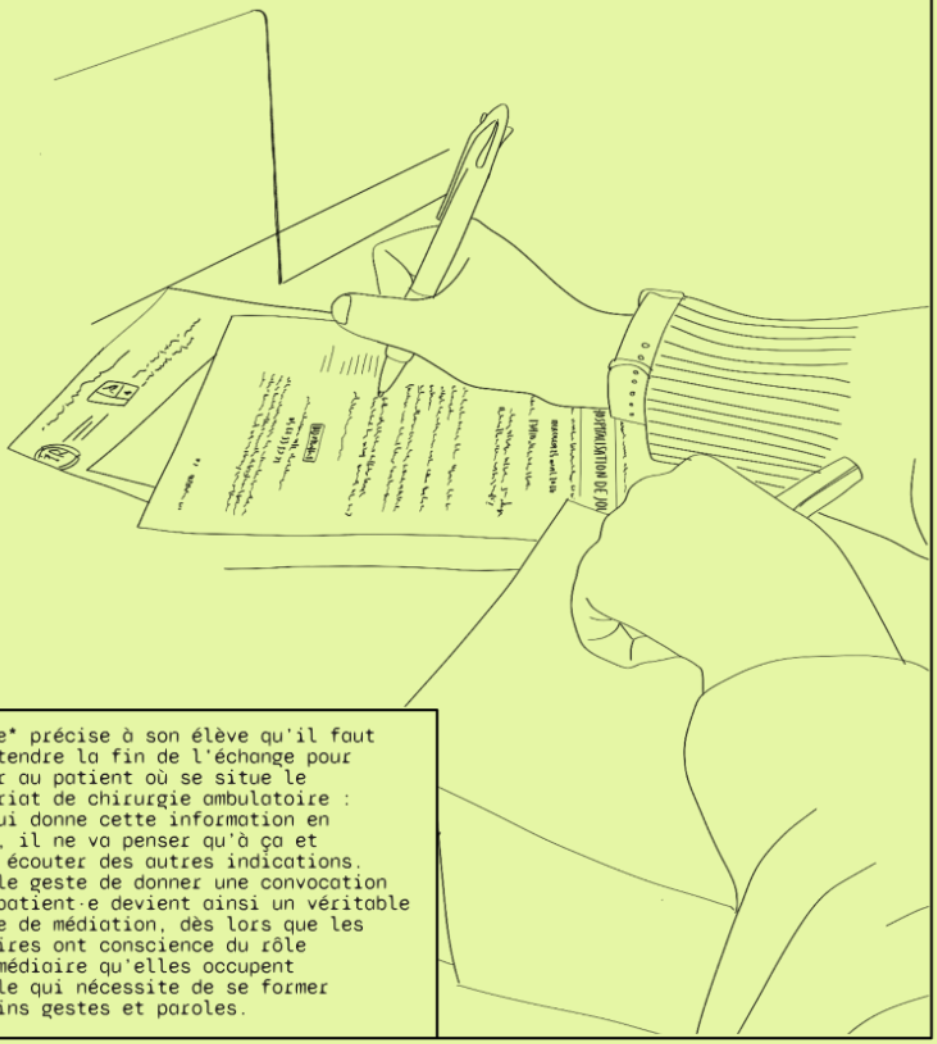
Si cette dernière étape manuscrite est en partie liée à l'équipement informatique du secrétariat (qui ne permet pas d'éditer automatiquement des courriers et enveloppes affranchies), elle devient une manière de personnaliser le geste de l'envoi postal. Si ces cartes postales peuvent être comprises d'un point de vue organisationnel comme une forme comme une autre de « production de courrier », la mise en œuvre du dispositif relève d'une réflexion collective sensible quant au choix des composantes visuelles de cet objet, dans un contexte de prise en charge psychiatrique.

Le récit administratif et la convocation

Nathalie* reçoit régulièrement des appels des membres de sa famille, qui cherchent à prendre rendez-vous à l'hôpital mais n'y parviennent pas, par manque de connaissances du fonctionnement de l'hôpital. La secrétaire médicale est heureuse de pouvoir aider ses proches, en faisant jouer ses contacts et sa connaissance fine des systèmes de prise de rendez-vous. Cette connaissance organisationnelle, parfois mêlée d'une connaissance médicale et des techniques de certaines interventions et examens lui permettent de faire le lien entre les soignant·es … et le commun des mortel·les. Les secrétaires deviennent alors des médiatrices entre le corps médical et les patient·es, capables de déployer de véritables récits médico-administratifs. Nathalie* est par exemple capable d'expliquer à certain·es d'entre eux et elles le déroulé d'une intervention sans dépasser son rôle de secrétaire médicale : elle sait informer et rassurer en utilisant un vocabulaire adapté et souvent plus simple que celui des médecins.

Cette médiation passe par exemple par la mise en scène d'un document banal : une convocation pour une intervention chirurgicale. Plus complexe qu'une simple consultation, cette dernière demande aux patient·es de s'enquérir de plusieurs formalités préalables à l'intervention.
Les secrétaires savent à quel point la compréhension à la fois médicale, organisationnelle et spatiale des parcours de soin peut être éprouvante : elles ont ainsi mis en place un scénario bien ficelé. Je m'en rends compte car j'accompagne une secrétaire expérimentée en train de former une secrétaire débutante lors d'une après-midi de consultations. Lorsque cette dernière se saisit d'une convocation pour en expliquer le contenu à un patient, je me rends compte que ces gestes ne vont pas d'eux-même, il faut les apprendre. Lorsque Nathalie* prend le relais, tout devient fluide :

« Alors Monsieur, je vous explique la suite. (elle présente une pile de documents face au patient, avec un stabilo à la main). Vous avez ici votre convocation : vous devez vous présenter le 24 janvier au service de chirurgie ambulatoire à 7h30 (elle surligne en fluo). Vous avez aussi une ordonnance pour la bétadine : il faudra faire une douche complète la veille et le matin de l'intervention. L'ordonnance pour le bilan sanguin, à faire trois jours avant l'intervention. Ne vous inquiétez pas, on recevra le résultat au secrétariat. Et enfin, l'ordonnance pour le test PCR, à faire la veille de l'intervention. Il faudra aussi être à jeun (elle surligne en fluo). Juste après, vous allez passer voir ma collègue en chirurgie ambulatoire, qui vous demandera plusieurs informations et comme ça, vous saurez où c'est pour le jour J : pour y aller, vous retournez dans le hall principal, et à droite de la cafetéria, vous avez des ascenseurs : vous montez au 3e étage et ça sera la porte juste en face »



Nathalie* précise à son élève qu'il faut bien attendre la fin de l'échange pour indiquer au patient où se situe le secrétariat de chirurgie ambulatoire : si on lui donne cette information en premier, il ne va penser qu'à ça et ne rien écouter des autres indications. Le simple geste de donner une convocation à un·e patient·e devient ainsi un véritable exercice de médiation, dès lors que les secrétaires ont conscience du rôle d'intermédiaire qu'elles occupent – un rôle qui nécessite de se former à certains gestes et paroles.

procurer un sentiment positif aux patient·es qui vont recevoir ces cartes, l'équipe a donc sélectionné des photographies de paysages, d'animaux, d'une tasse de café dans un environnement « cosy », de graffitis ou de dessins d'animaux marins. Une fois la bonne carte sélectionnée pour un·e patient·e, la secrétaire médicale la glisse dans une enveloppe et écrit à la main l'adresse postale de destination. Si cette dernière étape manuscrite est en partie liée à l'équipement informatique du secrétariat (qui ne permet pas d'éditer automatiquement des courriers et enveloppes affranchies), elle devient une manière de personnaliser le geste de l'envoi postal. Si ces cartes postales peuvent être comprises d'un point de vue organisationnel comme une forme comme une autre de « production de courrier », la mise en œuvre du dispositif relève d'une réflexion collective sensible quant au choix des composantes visuelles de cet objet, dans un contexte de prise en charge psychiatrique.

Si l'on reprend la question initialement posée dans ce chapitre – de quoi les secrétaires prennent-elles soin ? –, on peut d'abord dire qu'elles prennent soin de la relation de l'hôpital aux patient·es. Derrière la vitre de leur guichet, les secrétaires arbitrent en permanence entre ce qui doit être montré pour rassurer et ce qui doit être caché pour éviter frustration ou conflit. Dans ce rôle, elles font plus que transmettre des informations : elles aménagent les conditions d'une relation. Les secrétaires tentent ainsi de déployer ce que je nommerai ici un « confort administratif », en référence à la notion de « travail de confort » de Françoise Acker (2009). Ce travail comprend « l'ensemble des actions mises en œuvre pour apporter du confort aux patients dans le domaine physique, émotionnel, social ou encore spirituel » (Acker, 2009). Il concerne notamment le travail d'information « dont l'objet est de rassurer les patients et leurs familles en leur apportant des informations, des explications sur le déroulement du séjour, sur les interventions et les traitements, sur le mode de fonctionnement de l'institution » (Acker, 2009). Chez les secrétaires médicales, ce confort passe par des gestes visibles (accueil, orientation, réassurance), mais aussi par des gestes invisibles (entretien des dossiers, maintien des données, régulation des relations).

Derrière le guichet : Prendre soin des dossiers

Si les documents précédemment cités médiatisent la relation secrétaire-patient·e en étant rendus visibles au cours de l'interaction, ils ne sont que la partie émergée des nombreux documents indispensables à la bonne prise en charge des patient·es. Une partie non négligeable d'entre eux ne sont volontairement pas montrés, ou bien partiellement, aux patient·es.

Il est probable que les personnes qui me lisent se soient demandées, lors d'une consultation médicale, pourquoi l'écran d'ordinateur du ou de la médecin leur était toujours méticuleusement rendu invisible. A quoi ressemblent nos dossiers sur ces écrans d'ordinateur ? On imagine des logiciels capricieux, car les médecins s'en plaignent toujours, et même si l'on connaît la plupart des informations qui s'y trouvent, notre curiosité est stoppée net par la disposition du bureau et des chaises qui se font face. En entrant dans des secrétariats médicaux, je suis passée de l'autre côté de cet écran qui m'intriguait tant. Derrière les écrans des secrétaires, on trouve des interfaces complexes au premier abord, des plannings qui débordent ou des listes de patient·es sans fin. La dissimulation de ces interfaces est en réalité une manière de ne pas complexifier l'interaction avec les patient·es et de produire une certaine fluidité là où, derrière les écrans, la prise en charge des patient·es peut donner du fil à retordre.

En gérontologie, j'ai eu l'occasion d'observer Brigitte*, une secrétaire travaillant depuis 6 ans dans ce service, programmer une consultation particulièrement complexe : un couple de patient·es qui consultent le même médecin, et se qualifient « d'inséparables ». Les deux personnes âgées souhaitent absolument prendre tous leurs rendez-vous le même jour, afin de rentabiliser les déplacements de leurs enfants qui les conduisent à l'hôpital. Brigitte* doit programmer plusieurs rendez-vous qui doivent s'imbriquer parfaitement les uns aux autres : d'abord un test de mémoire qui dure 2h (les médecins n'en réalisent qu'un par jour) puis une consultation avec le médecin avant Noël (nous sommes le 11 octobre ce jour-là), le tout pour les deux patient·es. Brigitte* tente de discuter calmement et avec le sourire, mais derrière son écran, la panique monte. Elle est embêtée, et les patient·es le ressentent, ce qui n'est jamais simple pour la secrétaire, qui doit pouvoir les rassurer et leur donner une information claire. Brigitte* finit donc par leur donner une convocation pour le second rendez-vous, en leur disant qu'elle sera peut-être amenée à les modifier si elle ne parvient pas à programmer le test de mémoire avant. Elle sera probablement contrainte de faire du surbooking, une pratique courante, que chaque médecin encadre.

La dissimulation de l'interface de gestion des rendez-vous est ici une manière de dissimuler la complexité de la situation aux deux patient·es. Dans ce service, la programmation des consultations est un exercice particulier du fait de l'âge moyen des patient·es concerné·es : des personnes âgées qui sont en principe plus disponibles, parce que retraité·es. Cependant, ils et elles ont de nombreuses contraintes d'ordre physique, psychologique ou logistique : ils ne veulent pas prendre de rendez-vous trop tôt ou trop tard par peur de la nuit, ni lorsqu'ils et elles ont déjà autre chose de prévu le même jour. Ils dépendent en outre souvent d'une personne tierce pour les transporter (leurs enfants) : c'est à leur agenda à elles et eux qu'il faut s'adapter.

En dehors des situations d'interaction directe entre les patient·es et les secrétaires médicales, celles-ci portent une attention « en coulisses » (Star et Strauss, 1999, 21) aux dossiers des patient·es et aux nombreux documents qu'ils comportent afin de faciliter les prochaines interactions : limiter les pertes d'information et les annulations de rendez-vous, rassembler les documents nécessaires à une consultation, avoir en tête les contraintes de tel·le ou tel·le patient·e.

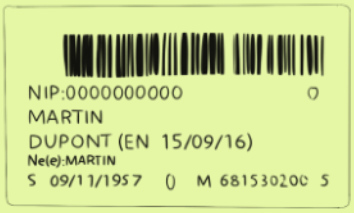
Dans L'Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Populations en situation de Précarité (UMIPPP), ce travail en amont et en aval des consultations permet de prendre en charge une difficulté particulière : la précarité administrative. Les patient·es dont Isabelle* s'occupent ont tous·tes des parcours de vie qui rendent difficile leur accès aux soins. Ils et elles passent par l'UMIPPP avant d'être orienté·es vers d'autres services de psychiatrie. Il peut s'agir de personnes migrantes, sans-abri ou qui sortent de prison. Par exemple, les patient·es lui envoient beaucoup de photographies de leurs documents d'identité, ce qui amène sa boîte mail à être rapidement saturée. Elle doit donc la vider plus souvent que la moyenne. Ces pièces-jointes lourdes sont des images de qualité variable, souvent prises avec un téléphone portable. Isabelle* a appris à faire avec ces différentes qualités, tant que les informations principales sont visibles. Elle a d'ailleurs pris l'initiative de les imprimer et de les stocker dans un classeur, afin de créer une archive. Si jamais les patient·es perdent leurs documents, elle en a un double. Elle porte un regard différent sur la matérialité de ces documents (qu'elle ne peut imprimer qu'en noir et blanc), qui devraient idéalement être reproduits dans une bonne qualité, mais que les conditions matérielles conjointes des patient·es et de la secrétaire empêche. Le travail médico-administratif mené par Isabelle* repose ainsi sur une grande attention portée aux conditions de vie des patient·es dont elle s'occupe, et cela même en dehors des interactions directes qu'elle a avec elles et eux : elle ne peut pas appliquer les règles du travail administratif telles qu'elle les a apprises, elle doit y trouver une certaine souplesse.

Une deuxième réponse à la question initiale – de quoi les secrétaires prennent-elles soin ? – consiste à dire qu'elles prennent soin d'une variété de choses (notamment des dossiers des patient·es), à l'avant et surtout à l'arrière du guichet qui médie leur relation aux patient·es.

Ainsi, sans doute plus que dans tout autre lieu, « à l'hôpital, la frontière entre le soin des choses et le soin des personnes ne tient pas » (Denis & Pontille, 2022, 308). En élargissant la notion de *care* au champ des choses et des infrastructures, María Puig de la Bellacasa rappelle que prendre soin des choses est tout aussi crucial que prendre soin des personnes. Elle reprend les termes de Lucy Suchman qui, dans ses travaux sur les processus de conception d'interfaces humain-machine, « transforme un assemblage sociotechnique en une question de

Faire sens du superflu : les étiquettes et les dossiers bricolés

Ce que l'on nomme couramment les « étiquettes » sont une série d'autocollants identifiant les patient·es, imprimées sur des feuilles adhésives. Ces étiquettes sont délivrées aux patient·es lors de leur admission à l'hôpital et permettent d'identifier différents documents nécessaires à leur prise en charge (prélèvements, fiches médicales, bracelets, etc.). Néanmoins, dans beaucoup de situations, notamment les consultations, les étiquettes ne sont d'aucune utilité et les patient·es repartent avec elles en souvenir de leur passage à l'hôpital.



À l'UMJ, la secrétaire qui m'accueille a trouvé une manière de rendre des planches d'étiquettes utiles : lorsqu'une victime se présente et lui remet sa planche d'étiquettes, elle en colle une sur sa fiche de suivi des consultations de la journée, puis elle plie la planche d'étiquette en deux et y glisse la réquisition fournie par le commissariat. C'est une manière de créer un mini dossier plus facile à manipuler pour le médecin, notamment s'il faut y glisser d'autres documents. En créant de tels micro-systèmes de gestion documentaire, les secrétaires participent à l'organisation de l'information dans le service.

soin, car il suscite un intérêt et une préoccupation quant à la manière dont certaines nouvelles associations humain-machine pourraient nous inciter davantage à rejeter les relations de soin. » (Puig, 2011). Le *care* relève pour elle de « tâches matérielles et affectives liées à la communication, à la production de sociabilité et à la capacité d'affect sans lesquelles nos vies ne fonctionnent pas, dont la complexité les rend difficiles à évaluer, à réduire à un calendrier ou à enfermer dans des tâches fixes qui commencent ici et finissent là » (Puig, 2011, 93).

Vérifier des formulaires, maintenir à jour des fichiers, archiver des documents, coordonner la circulation des informations sont autant de gestes qui maintiennent des liens étroits entre des relations et des choses, entre un dossier et son patient, entre un médecin et son planning de consultations, entre une salle d'attente et les personnes qui y circulent. Les secrétaires médicales veillent ainsi « à ce que les informations soient complètes, à jour et correctement codées » et effectuent « un travail de contrôle et d'articulation de l'information » (Bossen *et al.*, 2012). Exercé à un niveau local (Baker & Karaski, 2018), ce travail est souvent négligé (Puig de la Bellacasa, 2011), car considéré comme routinier et répétitif. Il repose pourtant sur des arrangements (*data care arrangements*, Jarke et Büchner, 2024) entre différent·es acteur·ices, humain·es et non-humains, qui affectent au quotidien la gestion des dossiers des patient·es. Il ne s'agit pas seulement de produire ou de traiter des données : il faut les maintenir, les rendre pertinentes, les réinterpréter sans cesse. Les autrices soulignent que la valeur des données émerge dans leur attachement à des contextes et des pratiques situées : « all data are local » (Loukissas, 2019). Prendre soin des données n'est pas une évidence, mais un accomplissement fragile, qui dépend des significations et valeurs attribuées par les acteur·ices elles et eux-mêmes (Jarke et Büchner, 2024). La fragilité de ce travail est d'autant plus forte qu'il est invisibilisé et dévalorisé. À l'instar du travail du *care* dans d'autres domaines (Puig de la Bellacasa, 2017 ; Mol, 2008), les activités de maintenance des données souffrent d'une reconnaissance moindre, malgré leur rôle essentiel dans la stabilisation des collectifs : « L'invisibilité et la dévaluation du travail de *care* vont de pair avec celles du travail des données » (Jarke et Büchner, 2024, 715). À l'hôpital, ce travail de soin des données prend une importance particulière. Maintenir l'intégrité des dossiers des patient·es est une condition de la qualité des soins, mais ce travail est rarement reconnu en tant que tel.

La décoration des secrétariats

Enfin, je voudrais détourner le regard du guichet pour regarder un instant un autre aspect particulier des secrétariats : leur décoration.

Les secrétariats font partie de ces espaces où l'on retrouve des morceaux de murs ou des coins de meuble remplis d'objets qui n'ont souvent rien à voir avec le travail : des cartes postales, des dessins, des faire-part, des photos, des babioles, des bibelots, etc. À première vue, ces amas d'objets ne sont que le fruit d'une accumulation spontanée, pourtant j'aimerais montrer ici que la décoration est une forme de travail que les secrétaires médicales prennent en charge, non pas dans une perspective individuelle d'appropriation de l'espace, mais plutôt dans une perspective collective tournée vers la construction d'un mémoire collective du travail et d'un cadre accueillant pour les patient·es. Le travail que nécessite ce geste de décoration est ainsi un exemple paradigmatique d'une zone grise du travail des secrétaires médicales, et plus largement du travail du *care*, tel qu'il est évoqué par Pascale Molinier (2020). Alors, que signifie décorer à l'hôpital ?

Il est d'abord intéressant de s'interroger sur la hiérarchie implicite des marges de manœuvre dans l'aménagement des espaces de travail : au sommet, l'architecture, massive, difficilement modifiable ; puis le mobilier, qui fixe des cadres de circulation et de visibilité plus souples mais néanmoins structurants (Mattern, 2014) ; enfin la décoration, ou l'ornement, souvent considérés des pratiques marginales voire superflues (Negrin, 2006). Cette hiérarchie repose sur des contraintes matérielles évidentes (on déplace plus facilement un cadre photo qu'un immeuble), mais elle ne doit pas masquer l'importance des choix décoratifs. Les « petits gestes » par lesquels on agence un bureau, on pose une plante ou une image, relèvent aussi d'une politique des espaces : ils affectent l'expérience quotidienne du travail (Peteri *et al.*, 2020).

L'histoire du bureau moderne a participé à redéfinir le rôle des différents éléments qui font un espace de travail : l'historien des médias Craig Robertson a montré que la rationalisation du travail administratif dans les gratte-ciel du début du XXe siècle s'appuyait sur une logique de verticalité : l'architecture distribuait les flux d'information, de papier et de personnes selon une hiérarchie spatiale qui reflétait l'ordre bureaucratique lui-même. À partir du XXe siècle, la construction de bâtiments administratifs, à l'architecture monumentale, symbole du pouvoir de l'État, marque l'avènement d'un nouveau type de bureaux : « On doit la physionomie moderne du bureau au développement de l'administration. Cette pièce se définit par sa culture matérielle que l'on pourrait qualifier de typique : mobiliers spécifiques (tables, bibliothèques, classeurs, etc.) et fournitures (papiers, stylos, etc.) en sont les principaux éléments fonctionnels et décoratifs. » (Monjaret, 2002, 3). Ce passage du bureau comme espace privé (cabinet, étude) au bureau comme espace partagé s'est accompagné d'une standardisation des postes de travail et d'un effacement des singularités.

Ainsi, là où l'architecture impose une logique verticale, la décoration agit selon une logique horizontale : la verticalité homogénéise et ordonne, tandis que l'ho-

Décorer les secrétariats

Bienvenue...
Qui
serais-je ?

rizontalité de la décoration rend les espaces rugueux, habitables, rétifs à la transparence qu'on voudrait leur imposer. Les premiers espaces collectifs, marqués par un modèle tayloriste, imposaient un mobilier homogène, un alignement des postes, une surveillance constante et une quasi-absence de décoration ; la vie personnelle devait rester en dehors de l'espace de travail. Pourtant, même dans ce cadre contraint, les employé·es déplaçaient les fournitures, accumulaient des piles de dossiers ou glissaient un calendrier au mur, autant de micro-appropriations qui rompaient avec l'anonymat apparent. À partir des années 1960-1970, la décoration prend une place plus affirmée, les salarié·es déplacent des meubles, accrochent des calendriers et placent des plantes, accumulent des papiers : « la présence d'objets quels qu'ils soient offre la possibilité d'un réagencement personnel même minime du plan de travail. Il suffit de déplacer instruments de travail, fournitures, cet acte étant une manière discrète, pour le salarié, de réordonner et de faire sien un territoire réglementé. » (Monjaret, 2002, 5).

Ces gestes de micro-appropriation de l'espace ne sont néanmoins pas uniformes parmi tous les membres d'une organisation. La hiérarchisation du pouvoir amène à différents modes d'appropriation de l'espace. Dans une description comparant les bureaux d'un « patron » et de sa secrétaire, le sociologue Antonio Strati décrit le bureau de cette dernière comme saturé de plantes, de photographies, de dossiers entassés, d'objets personnels. Cet espace est construit comme un environnement visuel dense, à la fois accueillant, dans lequel les visiteur·euses doivent se repérer, parfois au prix de l'intervention explicite de la secrétaire. Contrairement à son supérieur hiérarchique, dont le bureau spacieux est décoré grâce à un budget dédié (mobilier, tableaux), la secrétaire façonne un espace avec les moyens du bord, et un espace limité. Si le secrétariat est plus accessible, on ne peut pas s'y installer, contrairement au bureau du patron dans lequel on ne rentre que sur rendez-vous. La sociologue Virve Peteri et ses collègues (2020) montrent à ce titre que la distribution esthétique des espaces de travail reste profondément structurée par des rapports de pouvoir genrés. Les espaces occupés par les femmes dans les bureaux des années 1980 – couloirs, salles de pause, secrétariats qui se caractérisaient par des gestes de décoration personnalisés – sont désormais menacés par l'ouverture des espaces de travail du « bureau moderne », inspirée d'un imaginaire masculin de transparence, d'efficacité et de mobilité. L'aménagement d'*open space* s'appuie sur une normalisation de la décoration, qui cherche explicitement à faire disparaître l'appropriation des espaces de travail par les employé·es : « Le nouveau design rejette la décoration quotidienne et les objets décoratifs, traditionnellement considérés comme appartenant à la sphère féminine et domestique » (Peteri *et al.*, 2020, 13).

Dans les secrétariats hospitaliers, la décoration est souvent une affaire collective portée par les secrétaires, dans un univers fortement féminisé. Dans le secrétariat d'imagerie médicale, par exemple, ce sont des choix esthétiques très « féminins » qui sont opérés : du rose, des stickers en forme d'arabesques noirs, des textes calligraphiés, etc. Florence*, secrétaire en gérontologie, illustre également cet investissement dans la décoration : elle a imprimé des photos d'animaux attendrissants sur fond rose et fabriqué des origamis de petits palmiers pour agrément un nouveau bureau qui était encore vide et trop froid à son goût.

La dimension genrée de l'activité de décoration peut ainsi facilement être interrogée, comme le fait timidement Anne Monjaret : « Les femmes, peut-être plus sensibles à leur cadre de vie – elles ont longtemps été confinées au foyer, formalisant leur compétence dans l'entretien de leur intérieur domestique – n'auraient-elles pas, par un jeu de transfert, favorisé des modes d'appropriation spatiale personnalisés ? » (*ibid.*, 5).

Cette association de la décoration aux femmes est pourtant historique, comme l'ont montré de nombreux travaux sur l'assignation des femmes à des espaces intérieurs qu'elles n'ont pas conçu (Colomina, 1990) mais qu'elles peuvent agrémenter, la décoration devenant partie intégrante d'un travail domestique invisible (Negrin, 2006 ; Sparke, 2022 [1995]). Les objets et pratiques (broderies, bibelots, etc.) discrédités par la même modernité qui érigea les « skyscrapers » des bureaux (Robertson, 2021), continuent, sous d'autres formes aujourd'hui, à perturber les espaces stériles des administrations comme des hôpitaux. La décoration comme pratique féminine a ainsi été documentée dans un contexte domestique, beaucoup moins dans des contextes professionnels. J'aimerais donc interroger cette pratique autrement. Si la décoration « sature la vie organisationnelle » (Strati, 2010, 4), elle constitue pourtant une zone grise du travail de celles qui en assument la charge : quel est le statut de ces gestes de décoration ? Est-ce du travail ? Quel est son rôle dans l'espace de l'hôpital ?

Plusieurs travaux dans le champ de la gestion ou de la psychologie ont analysé le rôle de la décoration comme des outils de « représentation symbolique de soi » (Byron et Laurence, 2014) ou encore comme une modalité de « personnalisation » des espaces de travail (Scheiberg, 1990). Il m'apparaît pourtant que la décoration des secrétariats n'a rien à voir avec une activité individuelle tournée vers l'appropriation personnelle d'un espace. Au contraire, la décoration est une activité collective, tournée vers les autres. D'abord, parce que la décoration est rarement le fait d'un choix individuel : dans beaucoup de secrétariats, et plus largement dans les espaces communs (couloirs, salle d'attente, salles de pause, etc.) ces choix sont concertées entre les secrétaires et éventuellement leurs collègues (notamment les infirmier·ères).

Dans le bureau d'accueil des consultations d'imagerie médicale, un grand arbre stylisé a été agrémenté de photos des secrétaires quand elles étaient petites. Lorsque les patient·es s'assoient face à cette fresque, ils ont alors le loisir de la commenter et d'initier un échange informel avec la secrétaire, ce qui est aussi une manière de détendre l'atmosphère, de discuter, de rire. Ce premier geste de décoration est ainsi tourné vers la relation que les secrétaires entretiennent avec les patient·es.

Mais la décoration n'est pas tournée que vers les patient·es. Dans un secrétariat de psychiatrie que j'ai visité, on trouve ce que les secrétaires ont appelé le « petit Lourdes ». Sur un meuble de rangement en métal, dans un coin du bureau, elles ont libéré un espace pour y arranger tout un tas de petits objets bigarrés : un canard jaune, une statuette de la reine d'Angleterre, une poupée du Bénin, un petit ange, etc. Ce sont autant de souvenirs laissés par les « ancien·nes » du service que les secrétaires collectent. Ce sont les traces de celles et ceux qui sont parti·es. Celles et ceux qui ont travaillé ou sont simplement passé·es. Ailleurs dans le bureau, on retrouve au mur des dizaines de cartes postales, de faire-part de naissances, de dessins réalisés par des patient·es ou de peintures installées il y a des années, « à l'époque ou l'hôpital achetait de la décoration pour les bureaux », me raconte l'une d'entre elles.

Ce dernier constat permet ainsi de nuancer ce qui pourrait rapidement être qualifiée d'inclination féminine à la décoration : si l'hôpital eut un temps un budget dédié à la décoration, c'est qu'elle avait un rôle à jouer dans l'hôpital, probablement celui d'améliorer l'habitabilité d'espaces froids. Aujourd'hui, si la ligne budgétaire de la décoration a disparu, on peut postuler que les secrétaires ont prolongé cette activité, préférant un travail gratuit à des murs blancs et vides.

Que la décoration permette d'égayer les échanges administratifs qui lient les patient·es aux secrétaires ou qu'elle permette la construction d'une mémoire collective du travail, elle n'est pas reconnue comme une activité à part entière : elle n'est pas inscrite sur les fiches de postes, et personne n'est obligé de décorer son bureau ou tout espace de travail. Ce travail relève plutôt d'un zone grise qui renvoie à une forme de travail du *care* : ce travail est « informe dans les catégories de la spécialisation, des protocoles de bientraitance ou des bonnes pratiques » (Molinier, 2020, 72). Ici, ce n'est pas tant le geste qui consiste à scotcher une photo au mur qui relève d'une forme du travail, mais l'attention spécifique qui a motivé ce geste : faire sourire un·e patient·e, créer des espaces de discussions avec des collègues, etc. Pascale Molinier souligne également la manière dont certains gestes sont jugés trop simples ou naturels pour être qualifiés de travail, sans considérer les logiques qui sous-tendent ces gestes : « Les tasses en porcelaine, le café proposé ou la serviette de table sont les expressions concrètes

de cette éthique naturalisée où l'on ne peut distinguer le geste de l'attention particularisée qui lui donne son sens » (Molinier, 2020, 132).

Vers la reconnaissance d'un soin administratif : au-delà des technologies « froides » de l'information

Le travail des secrétaires médicales est souvent rendu invisible, et ce de manière structurelle : Susan Leigh Star et Anselm Strauss rappelaient déjà à propos des infrastructures que « plus elles sont faciles à utiliser, plus elles sont difficiles à voir » (Star et Strauss, 1999, 385). De la même manière, plus le travail des secrétaires est efficace, plus il se confond avec le fonctionnement « normal » de l'hôpital. Cette invisibilité est accentuée par l'association de leur activité à des technologies dites « froides » : logiciels, formulaires, bases de données sont autant d'objets qui sont non seulement « techniques » mais qui appartiennent à un champ de technologies perçues comme éloignées du soin – les technologies des systèmes d'information. Or, réduire ces technologies à une pure rationalité instrumentale oppose artificiellement une certaine chaleur perçue dans les activités de soin à une prétendue froideur technique. Jeannette Pols et Ingunn Moser critiquent ce dualisme : « Chaud et froid, rationnel et affectif, médical et social, technologique et sociable ne sont pas des opposés, mais s'alignent de différentes manières dans différentes pratiques » (2009, 175). Une critique partagée par Eric Darigal et ses collègues, dans un article sur les liens entre technologies de santé et soin des technologies (2022). Finalement, Annemarie Mol souligne avec justesse la manière dont cette dichotomie crée des angles morts dans la compréhension des pratiques de soin :

> « Tant que le soin reste directement associé à la sollicitude de l'amour, il peut être opposé trop facilement au monde froid de la technique. Comme un reliquat pré-moderne dans un monde moderne. Envisagé de cette façon, le soin peut être offert comme un supplément de chaleur ou alors être englouti par la préséance de la technologie, mais dans les deux cas, soin et technologie s'excluent mutuellement. Or est-il tellement avéré que le soin diffère intrinsèquement de la technologie ? Le premier accapare-t-il l'humain, laissant la seconde avide de stratégie et basée uniquement sur la rationalité ? C'est précisément ce que je veux contester. Le soin dont je parle n'est pas opposé à la technologie mais l'englobe. Et la technologie dont je parle n'est pas transparente ni prévisible mais demande à être manipulée avec le plus grand soin » (Mol, 2008)

Ainsi, le travail administratif des secrétaires n'est pas extérieur au soin parce qu'il repose sur des technologies à priori éloignées d'un soin « chaleureux » :

leur travail se déploie avec, au travers et à destination d'un grand nombre d'objets, dont la technicité ne nous renseigne pas sur la nature du soin apporté, mais plutôt sur la difficulté de maintenir ces formes de soin au quotidien.

Si l'administration, prise comme un modèle politique d'organisation de la vie collective, ne peut être considéré comme une forme de soin et représente plutôt une forme de violence à bien des égards (Deville, 2023), la prise en charge du travail administratif par les secrétaires médicales peut, en revanche, l'être. Si l'on examine les situations quotidiennes du travail administratif à l'hôpital, on doit être capable de distinguer l'expression concrète d'un modèle politique (celui d'une rationalisation constante de l'activité de soin, qui s'exprime par une traçabilité accrue) et le travail des secrétaires médicales qui repose sur une tension entre les attendus d'une telle politique et l'attention portée aux personnes qu'elles rencontrent – des patient·es.

Reconnaître le travail des secrétaires comme une forme de soin ne revient pas à confondre soin clinique et travail administratif, mais à reconnaître leur complémentarité. Il s'agit de dépasser l'opposition entre soin et administration, chaleur et froideur, humain et technique.

Conclusion.

Des opérations automatisées ?

Je voudrais commencer cette conclusion en répondant succinctement aux questions qui ont été posées dans l'introduction de ce manuscrit, puis en proposant une synthèse des contributions scientifiques de cette recherche.

La première question de recherche portait sur les raisons de l'invisibilisation du travail des secrétaires médicales, à l'origine de mon enquête.

J'ai montré que l'invisibilisation des secrétaires médicales procède d'abord de l'histoire longue d'un travail féminisé, associé à des stéréotypes persistants : ceux d'activités répétitives, routinières, supposément simples, naturellement féminines et donc faiblement qualifiées. Cette histoire s'entremêle avec les récits de la mécanisation puis de l'automatisation des administrations modernes, où chaque nouveauté technique – de la machine à écrire aux logiciels – a été accompagnée de la promesse de remplacer une activité humaine coûteuse. Les discours politiques actuels sur les infrastructures de l'information, rassemblés sous la bannière du « numérique en santé », se font le relais de cette histoire conjointe entre féminisation et mécanisation du travail administratif. Ces discours alimentent des mythes technologiques puissants – notamment l'interopérabilité et la dématérialisation – qui, pour être crédibles, doivent masquer le travail nécessaire à la production, la circulation et la stabilisation des données. Les secrétaires médicales s'effacent alors derrière une modernisation numérique des administrations publiques qui ne peut admettre l'ampleur du travail humain sur lequel elle repose.

La seconde question cherchait à comprendre ce qu'est le travail médico-administratif, en quoi il est utile au fonctionnement des infrastructures de l'information et sur quelles pratiques, quelles personnes et quels objets il repose.

Mon enquête sur les secrétariats médicaux à l'hôpital propose de le définir comme un ensemble d'opérations visuelles de traduction de l'information qui se jouent à la lisière de différentes infrastructures, entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital, entre documents numériques et documents imprimés, entre temporalités de soins et administratives. Ces opérations sont indispensables à l'articulation du travail des différent·es professionnel·les et au fonctionnement quotidien des infrastructures hospitalières. La notion même d'opération permet de saisir finement l'imbrication du travail humain et non-humain : elle donne à voir comment les tâches sont distribuées, déléguées, recomposées au fil des interactions entre personnels, logiciels, documents et objets de bureautique. Cette enquête a permis de mettre en lumière la contribution décisive, mais largement ignorée, des secrétaires médicales au fonctionnement des infrastructures de l'information hospitalières.

La troisième question posait un enjeu méthodologique et épistémologique : comment décrire et représenter ce travail ?

Pour représenter le travail médico-administratif et, plus largement, les infrastructures de l'information, j'ai défendu dans mes recherches la nécessité de construire des contre-récits des infrastructures, en rendant visible un travail en coulisse que les discours technologiques tendent à effacer. J'ai ainsi cherché à représenter les infrastructures non comme des systèmes clos et parfaitement alignés, mais comme des enchevêtrements hétérogènes. Ce contre-récit repose sur deux gestes : d'abord, un déplacement du regard, en assumant un point de vue situé depuis la lisière des infrastructures que constituent les secrétariats. Ensuite, un geste graphique : penser, dessiner, multiplier les images permettant de matérialiser les infrastructures que l'on présente trop souvent comme immatérielles et autonomes.

Enfin, une première question, simple en apparence, a ouvert cette recherche : pourquoi les secrétaires médicales sont-elles encore présentes dans les hôpitaux, alors que la disparition de leur métier est régulièrement annoncée depuis plus de quarante ans ?

Si l'on annonce régulièrement la disparition des secrétaires médicales, c'est d'abord parce que le contenu réel de leur travail reste largement méconnu. Ce travail, souvent réduit à des tâches routinières ou perçu comme une simple interface administrative, est en réalité constitué d'opérations complexes et distribuées entre différents acteurs humains et non-humains, indispensables au fonctionnement de l'hôpital. Or, c'est précisément l'ignorance de ces opérations qui alimente l'idée qu'elles pourraient être aisément « remplacées » par des technologies comme l'intelligence artificielle.

À cette méconnaissance s'ajoute un discours technologique qui, pour accompagner l'introduction de nouveaux outils (plateformes, IA, numérisation), tend à invisibiliser volontairement ce travail. En le présentant comme « automatisable », ces discours contribuent à légitimer des projets de modernisation qui reposent en réalité sur une reconfiguration, et non une disparition, de ce travail. Ces discours tendent à produire des récits qui présentent les technologies comme unique agentes des évolutions de nos sociétés, les humain·es devenant des personnages secondaires et adaptables.

Je voudrais enfin synthétiser les différentes contributions scientifiques de ce projet de recherche.

Ce dernier contribue d'abord aux études sur les infrastructures et le travail des données, en montrant, par une approche féministe, comment les secrétaires médicales s'inscrivent plus généralement dans un travail de « petites mains » qui

structurent le fonctionnement des infrastructures. Ce projet de recherche s'inscrit dans la continuité de l'étude du travail des données dans d'autres domaines professionnels : la justice (Girard-Chanudet, 2023), la banque (Denis, 2018) ou les sciences (Edwards *et al.*, 2011) médicales (Bowker et Star, 2000 ; Dagiral, 2012). Je propose également une critique des représentations dominantes des infrastructures hospitalières et des discours de la dématérialisation, en m'appuyant sur une étude matérielle du travail ancrée dans les approches de la théorie de l'acteur-réseau.

Ce projet de recherche contribue ensuite à la sociologie du travail à l'hôpital et des professions médicales, en proposant d'étudier un métier et une forme de travail largement sous-représentée, voire inexistante dans la littérature : le métier de secrétaire médicale et le travail médico-administratif. J'ai ainsi produit une analyse de ce travail qui repose sur une approche matérielle peu commune dans ces champs de recherche, qui permettent de compléter des travaux en cours sur le statut des secrétaires médicales (Avril, 2020).

Il contribue également au champ du *Computer Supported Cooperative Work* (CSCW) en étudiant la dimension genrée et hiérarchisée de la collaboration à l'hôpital. En montrant comment le travail d'articulation est pris en charge par des professionnelles occupant des positions subalternes, ce projet contribue à mieux comprendre les rapports de pouvoir qui traversent les pratiques collaboratives.

Il contribue au champ de recherche encore émergent du design graphique, en proposant d'étudier les documents administratifs comme des objets graphiques. Cette approche permet d'ouvrir une discussion sur la nature des objets graphiques, leur rôle au sein des infrastructures, et la matérialité des organisations. De plus, la production d'images dans le cadre de ce projet de recherche contribue aux réflexions sur les écritures alternatives de la recherche en sciences humaines et sociales.

Enfin, ce projet ouvre une contribution dans le champ des cultures visuelles, en proposant des pistes de recherche dans le champ encore peu exploré des cultures visuelles du travail. En s'intéressant aux différentes représentations du travail, il s'agit d'analyser la manière dont ces représentations sont structurées et affectent le travail et ses transformations.

Ce projet de recherche ouvre enfin différentes discussion qui pourront mener à ouvrir de nouveaux chantiers de recherche. Cette conclusion permettra d'en poser quelques enjeux. Je voudrais discuter dans un premier temps des effets des « grands récits » des infrastructures (dématérialisation, interopérabilité et automatisation du travail) sur le métier de secrétaires médicales et ses transformations. Cette discussion permettra d'ouvrir des pistes de réflexion sur la production de « contre-récits » des infrastructures, au-delà de cette recherche.

Une histoire sans fin : les secrétaires et l'automatisation du travail administratif

J'ai évoqué tout au long de ce manuscrit les enjeux de la « dématérialisation » à l'hôpital, mais j'ai peu parlé d'automatisation. Pourtant, ces deux notions vont de paire, bien que l'une serve de paravent à l'autre. La dématérialisation est une notion relativement consensuelle à l'hôpital, elle est synonyme de modernité, d'efficacité et d'ordre, tandis que l'automatisation, associée à la réduction du travail humain, est sujette à plus de précautions quant à son utilisation. Le choix de ne pas parler directement d'automatisation est doublement justifiée, et je ne l'aborde en conclusion que comme une ouverture vers un travail spécifique sur cette notion : d'abord, l'automatisation n'est pas un terme utilisé par les acteur·ices que j'ai rencontrées (ceux du numérique en santé et ceux de l'hôpital). Par ailleurs, je n'ai pas voulu concentrer ma réflexion sur une dichotomie paralysante : automatiser ou ne pas automatiser ? J'ai voulu en premier lieu comprendre les tenants et aboutissants du travail médico-administratif. Néanmoins, je voudrais conclure ce manuscrit en proposant une discussion sur les effets de cette « automatisation », réelle et supposée, sur la (re)définition du métier de secrétaire médicale.

De la reconnaissance vocale à la synthèse vocale : un déjà-là technique

Il faut d'abord comprendre que la notion d'automatisation est plus souvent discutée à l'endroit de nouvelles technologies, tandis que les formes d'automatisation plus anciennes ne font plus l'objet de débats, quand bien même leur adoption se doit révélée pénible. Récemment, une technologie s'est montrée particulièrement présente dans les discours et les expérimentations hospitalières, promettant de rationaliser la production de documents médico-administratifs, et notamment les compte-rendus médicaux. La synthèse vocale est une technologie qui s'inscrit dans la continuité de la reconnaissance vocale, utilisée depuis le début des années 2000. Or ces outils peinent encore à reproduire la finesse du

travail interprétatif de la transcription (David *et al.*, 2009). La promesse initiale – transformer instantanément la voix en texte structuré – se heurte toujours à des difficultés concrètes : erreurs de transcription, confusions entre patient·es, enregistrements inexploitables, formats inadaptés, charge de vigilance nouvelle aux médecins (Haïk-Wagner, 2022). Le travail de transcription ne disparaît donc pas, il se déplace.

Dans le cadre de mon enquête, je n'ai pas observé l'usage de la synthèse vocale, encore trop expérimentale, mais j'ai pu, à quelques occasions voir comment les secrétaires appréhendent les outils de reconnaissance vocale, desquelles elles récupèrent des textes bruts à mettre en forme. Lorsque des outils de reconnaissance vocale sont implémentés dans des équipes de soin, les secrétaires sont ainsi confrontées à la reconfiguration de leur travail – la frappe et la relecture. Ces tâches sont déléguées en partie à un objet technique, en partie aux médecins qui prennent désormais en charge tout le processus de rédaction des courriers. Néanmoins, comme je l'ai évoqué dans les chapitres 8 et 11, ces formes de délégation restent partielles, les textes produits doivent être relus par un·e humain·e (médecin ou secrétaire). Le constat d'une réussite encore partielle de la reconnaissance vocale, après 25 ans d'expérimentations, n'empêche pourtant pas l'arrivée d'une nouvelle technologie : la synthèse vocale.

Cette dernière se présente comme un assistant numérique capable de produire des résumés de consultation en temps réel. De nombreuses déclinaisons ont déjà été commercialisées : Suki AI, Abridge, DeepScribe ou Corti.ai, etc. Plusieurs médias spécialisés vantent le succès de l'expérimentation de tels outils : l'expérimentation de l'éditeur Praxys au CHU de Montpellier[1] ou l'implémentation de Dragon Medical One aux Hôpitaux Civils de Colmar[2]. Les technologies sont présentées comme « transversales », « intégrées au workflow », et susceptibles d'améliorer « la qualité de travail en consultation ». La startup VULGAROO annonce par exemple simplifier les comptes-rendus médicaux[3] et Doctolib intègre un assistant médical dopé à l'IA pour les consultations. La tonalité de ces récits rejoint les conclusions du rapport de l'Académie nationale de médecine (2024), qui affirme que « l'usage des Systèmes d'Intelligence Artificielle Générative par les professionnels de santé doit se généraliser ; il serait contraire à

[1] Mathilde Debry, « CHU de Montpellier : « Pionnier de l'IA générative, notre hôpital traduit cette innovation dans toutes ses missions », DSIH, 23 mai 2025. URL : https://dsih.fr/articles/5898/chu-de-montpellier-pionnier-de-lia-generative-notre-hopital-traduit-cette-innovation-dans-toutes-ses-missions

[2] L'expérimentation est présentée sur le site Web des Hôpitaux Civils de Colmar : https://ch-colmar.fr/actualites/dragon-medical-one-lintelligence-artificielle-sinvite-aux-hcc/

[3] L'oeil de la Santé, « Vulgaroo simplifie les comptes-rendus médicaux avec l'IA générative », URL : https://oeil-esante.media/focus-startup/vulgaroo-simplifie-les-comptes-rendus-medicaux-avec-lia-generative/

l'éthique de se passer de l'aide de ces outils[4] ». L'argument d'autorité, ici, épouse les contours d'un discours technosolutionniste, dont les effets sur le travail restent largement ignorés.

Ce type de technologie s'inscrit, comme beaucoup d'autres, dans des « déjà-là » techniques qui rendent difficile leur non-adoption. Les concepteur·ices et prosélytes de ce que l'on nomme grossièrement l'intelligence artificielle, et notamment toutes les fonctionnalités reposant sur de grands modèles de langage (LLM), opèrent ainsi un tour de magie grandiose : tout en s'appuyant sur ces déjà-là techniques qui rendent l'adoption de ces nouveaux outils inéluctables, ils et elles parviennent à construire le récit d'une (énième) révolution technique qui parvient à effacer les leçons apprises des précédentes.

Les discours que l'on observe dans le champ du numérique en santé se font l'écho de mécanismes déjà bien connus vis-à-vis de l'innovation technologique. Paul Edwards faisait à ce titre remarquer que « les discussions sur la technologie portent rarement sur l'ensemble des systèmes sociotechniques caractéristiques des sociétés modernes. Au contraire, la plupart des discours sur la technologie traitent à tout moment des technologies de pointe, c'est-à-dire des technologies nouvelles ou en évolution rapide. [...] Parallèlement, des inventions d'une importance historique bien plus grande, telles que la céramique, les vis, la vannerie et le papier, ne sont même plus considérées comme des technologies » (Edwards, 2002, 185). Sa remarque est prolongée quelques années plus tard par David Edgerton qui rappelle que l'histoire des techniques n'est jamais faite d'innovations pures, mais d'« usages » qui se superposent et persistent (Edgerton, 2006). Les débats actuels sur la synthèse vocale ignorent ainsi l'épaisseur des ces usages superposés dans le temps, ils font table rase des échecs du passé (une reconnaissance vocale qui ne se passe toujours pas d'un travail d'écriture humain) pour annoncer de nouvelles révolutions techniques permettant de faire des nouvelles technologies des technologies obsolètes avant même qu'elles aient pu être rendues effectives.

Le secrétariat est un parfait observatoire de cette histoire sans mémoire des technologies : on y trouve celles qui n'ont jamais eu voix au chapitre de ces évolutions techniques, tout en subissant leurs conséquences les plus pratiques. Ainsi, les secrétariats ne se tiennent pas prêts à une automatisation future du travail. Cette automatisation s'est déjà infiltrée dans le travail avec l'utilisation de la machine à écrire, de machines à reproduction de documents, d'adressage et de distribution mécanisées du courrier, avec les logiciels de traitement de texte, les dossiers patient·es informatisées, ou le dictaphone. Cette automatisation silen-

[4] Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, voté le 5 mars 2024. URL : https://www.academie-medecine.fr/systemes-dia-generative-en-sante-enjeux-et-perspectives/

cieuse, que Delphine Gardey qualifiait plutôt de mécanisation à l'époque d'une accélération de la production d'écrits administratif, s'est construite sur un lent glissement toujours à l'oeuvre : la « confiance générale déléguée aux humains et, en particulier, aux travailleurs qualifiés » a progressivement été « déposée dans les artefacts et les dispositifs et rendue mécanique » (Gardey, 2008, np).

De grands récits aux grands effets

Dès 1978, le rapport Nora-Minc formulait l'hypothèse que l'informatisation de la société amènerait une « meilleure productivité, [une] coordination améliorée dans les secrétariats » et de ce fait une « réduction importante d'emplois dans certaines catégories de personnel administratif » (*ibid.*, 870). Si ce rapport ne mentionne pas explicitement les secrétaires médicales, une partie entière concerne l'informatisation de la médecine, et notamment ses effets sur la gestion administrative des soins. Depuis lors, les secrétaires – médicales ou non – vivent sous l'ombre portée de cette prophétie d'une disparition programmée, intimement liée à la promesse technique d'une automatisation accrue, voire totale, de leurs activités.

Aujourd'hui, ce sont des acteurs comme la Délégation au Numérique en santé (DNS), l'Agence du numérique en santé ou encore l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui prolongent ces hypothèses sur l'avenir du métier de secrétaire médicales. Ils rappellent que cette trajectoire technique est déjà toute tracée : l'avenir du système de santé sera numérique, c'est-à-dire « dématérialisé » et automatisé, et il n'est plus temps de discuter de son opportunité, mais seulement de ses modalités. Dans ce paysage, les secrétaires médicales apparaissent comme un maillon fragile, sommées de se redéfinir dans un environnement où les technologies s'imposent avec une force qui semble inexorable.

Ces débats prennent appui sur un présupposé : toute technologie (comprise comme un discours sur la technique) serait un déjà-là technique qui ne peut qu'être intégrée dans les négociations sur l'organisation du travail. L'idée que « l'on n'a pas le choix » traverse la plupart des discours professionnels : face à l'irrésistible avancée des outils numériques, il faudrait se réinventer ou disparaître. Ce glissement témoigne d'une asymétrie : les technologies sont présentées comme inévitables, mais les transformations du travail qu'elles induisent ne font pas l'objet d'une négociation.

Dans ce contexte, que doit-on reconnaître comme spécifique et indispensable au travail des secrétaires médicales, et comment cette reconnaissance s'institutionnalise-t-elle dans des grilles de carrière, des dispositifs de formation, ou des di-

plômes ? Autrement dit, la promesse d'une automatisation du travail met en tension la définition même d'un métier – et donc de ce qui doit être protégé, valorisé, transmis. Je voudrais revenir sur plusieurs rencontres qui me permettent de comprendre la manière dont ces transformations techniques sont intégrées aux réflexions sur l'évolution du métier de secrétaire médicale.

Tout d'abord, en mai 2025, lorsque je rencontre Véronique Veillon, présidente de l'Association des Secrétaires Médicales et référentes (ASMR), celle-ci soutient que la meilleure reconnaissance du métier doit passer par sa qualification de « profession de santé ». Pour cela, il faut créer une diplôme d'Etat de niveau IV. Pour faire entendre ses revendications, l'ASMR a frappé à beaucoup de portes ces derniers mois, allant même jusqu'aux portes de l'Assemblée Nationale. Le 15 juillet 2025, le Ministère de l'Action publique, de la fonction publique et de la simplification apporte une réponse sans appel à la question posée par le député de la 12e circonscription des Yvelines, Karl Olive, portant sur l'harmonisation et la simplification des conditions d'accès au titre d'Assistante médico-administrative (AMA) :

> « La profession de secrétaire médical n'est ni une profession de santé, ni une profession réglementée soumise à la détention d'un diplôme en particulier »
>
> « Il n'y a pas lieu aujourd'hui d'harmoniser davantage [l]es conditions d'accès [à ce métier] »

Le débat est visiblement clos. Pourtant, cette question est le fruit d'une discussion longuement mûrie avec les membres de l'ASMR pour adresser au gouvernement les enjeux actuels de leur profession, notamment à la formation et au statut de ce corps de métier. La difficulté d'accès au grade d'assistante médico-administrative (AMA) à l'hôpital est le fruit d'une double dévalorisation du métier : d'une part, il n'y a pas de diplôme d'État qui permettrait d'éviter les concours, d'autres part, la certification de secrétaire médicale n'est pas adaptée à l'exercice à l'hôpital. Le statut des AMA n'est donc jamais acquis au moment du recrutement. Chacune est en premier lieu recrutée comme contractuelle de la fonction publique, et doit passer le concours d'AMA pour devenir titulaire de son grade. Dans les faits, beaucoup de secrétaires médicales passent d'abord le concours d'adjoint administratif, plus récurrent (il y a des ouvertures de poste chaque année au CHU de Montpellier) et réputé plus simple d'accès, afin de sécuriser leur titularisation. Le concours d'AMA vient dans un second temps, et parfois ne vient jamais pour des raisons diverses (crainte des modalités du concours, manque de temps, contextes familiaux, etc.). L'avancement de carrière des AMA cristallise ainsi beaucoup de frustration, d'autant qu'il n'existe que peu de perspectives d'évolution pour celles qui exercent ce métier.

Si l'ASMR met tant d'énergie à revaloriser le métier, c'est probablement parce que l'association a intégré les logiques des transformations à l'œuvre à l'hôpital : si les secrétaires médicales n'arrivent pas à convaincre de leur plus-value par rapport aux promesses techniques de l'intelligence artificielle, les postes risquent de se raréfier.

L'étude prospective publiée par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (Anfh) en 2025 se fait l'amplificateur de cette démarche : la secrétaire médicale n'est plus décrite dans cette étude comme exécutante des tâches médico-administratives mais comme « coordinatrice de l'information » et « pilier de la communication avec les équipes » (Anfh, 2025, 30). Le futur du métier serait structuré entre deux grandes missions : l'administration et la gestion de l'information et l'accompagnement des patient·es. Ces missions, déjà présentes dans les fiches de poste actuelles, seraient libérées des tâches jugées « purement administratives » afin de se consacrer à des missions de coordination et de médiation.

Cette même étude interroge particulièrement les reconfigurations du métier dans un contexte d'intégration de l'intelligence artificielle : ce type d'évolution suscite « des avis partagés, avec une prédominance pour une vision où ces technologies amélioreront le suivi patient, tout en éveillant des inquiétudes quant à la perte de contact humain » (Anfh, 32). Les secrétaires et les encadrantes interrogées dans le cadre de cette enquête projettent de nouvelles configurations du métier, plus ou moins inquiétantes pour elles :

> « On est en voie de disparition avec les reconnaissances vocales, l'intelligence artificielle. »
>
> « Avec la reconnaissance vocale, elles frappent de moins en moins, ce qui était vraiment au cœur du métier, où elles pouvaient y passer des heures. »
>
> « Plus la reconnaissance vocale est efficace, moins on aura besoin de corriger et de modifier et donc de passer du temps sur les comptes-rendus. »
>
> « Je ne sais pas si ce sera faisable qu'il y ait un jour une intelligence artificielle qui soit capable d'envoyer ses relances sans l'intervention d'une secrétaire. » (*ibid.*, 51)

La formation des secrétaires médicales constitue un dernier point de compréhension des enjeux de (re)définition du métier. Mes discussions avec les AMA puis avec un responsable de la formation Secrétaire médical et médico-social (SMMS) de la Croix Rouge dénotent d'un certain déclin des conditions de cette formation. Beaucoup d'AMA ont été déçues par des formations jugées trop courtes, pas assez qualifiantes pour le travail qu'elles font aujourd'hui. Les plus

anciennes, formées dans les années 1980 et 1990, ont pour beaucoup été recrutées soit directement avec un bac F8 soit en suivant la formation de la Croix Rouge. Celles qui ont été formées plus récemment, et notamment dans la dernière décennie, ont eu plus facilement recours à des formations en ligne, qui ne durent que quelques mois. Pour les secrétaires qui m'en ont parlé plus longuement, ces formations sont peut-être suffisantes pour l'exercice en cabinet de ville, mais elles sont largement insuffisantes pour l'exercice du métier à l'hôpital – ce dernier requiert des compétences bien plus spécialisées. La formation de la Croix Rouge, jusqu'alors réputée, a elle aussi perdu de sa réputation. Cette certification de niveau 4, créée en 1970, était historiquement plus longue : la formation a progressivement été réduite de deux ans à six mois. Cette simplification répond à des logiques concurrentielles entre les différents organismes de formation (CNED, GRETA, Keyce Santé, AFPA), qui proposent des parcours accélérés et modulables. D'autres contraintes ont amené le contenu de la formation à changer : par exemple, la frappe n'est plus aussi importante qu'elle a pu l'être, et les exigences du niveau d'écriture en français semblent baisser. La formation proposée repose aujourd'hui sur trois blocs de compétences : l'accueil et la communication ; les activités de secrétariat, et plus récemment la mise en œuvre de projets. Cette reconfiguration de la formation répond ainsi à des transformations effectives ou annoncées du métier : qui a besoin de savoir frapper lorsque la reconnaissance vocale promet de s'en charger ?

Enfin, l'ensemble des discours qui gravitent autour du secrétariat, qu'ils soient produits par les acteur·ices du numérique en santé ou ceux de la formation des secrétaires médicales, amènent les secrétaires elles-mêmes à questionner leur travail. Plusieurs secrétaires m'ont ainsi fait part de la manière dont elles envisagent l'avenir de leur métier, parfois avec crainte, mais bien souvent avec l'assurance que ce métier n'est pas prêt de disparaître. Elles perçoivent cette prétendue disparition du métier comme un avenir lointain, qui ne les concerne pas directement. Elles ont bien conscience des limites des technologies qu'elles manipulent au quotidien mais restent ouvertes à la possibilité que ces dernières puissent s'améliorer et, à terme, absorber une large partie de leur travail. Ce dont elles sont convaincues, en revanche, c'est que la coordination des équipes et l'accueil des patient·es devra de plus en plus reposer sur elles. Paradoxalement, la charge administrative accrue des professionnel·les de santé amène les secrétaires à prendre en charge certaines missions qui n'entrent pas initialement dans leur champ de compétence : en témoigne le développement, dans les cabinets de ville, de la fonction d'assistant·e médical·e[5], à mi-chemin entre l'aide aux soins et le secrétariat, qui est envisagée comme une porte de sortie possible. Les secré-

[5] « Se former au métier d'assistant médical pour garantir un meilleur accès aux soins », La Croix Rouge, 31 janvier 2024. URL : https://www.croix-rouge.fr/actualite/assistant-medical-garantir-un-meilleur-acces-aux-soins

taires médicales que j'ai pu rencontrer sont également convaincues que leur travail repose en partie sur les pratiques de « dinosaures » de certain·es médecins. Travailler avec elles et eux demande un travail d'articulation conséquent, car il faut beaucoup repasser par des supports papiers auxquels ils et elles sont habitué·es (agendas, signatures manuscrites, ordonnanciers, etc.). Lorsque ces « dinosaures » seront partis à la retraite, il faudra peut-être réduire les effectifs.

Finalement, aujourd'hui comme hier, une question continue inlassablement de se poser : Serait-ce la fin d'un métier ? Sans cesse renouvelée par l'arrivée de nouveaux outils techniques, cette « fin du métier » semble pourtant loin d'être d'actualité. Mon enquête a montré, en analysant les différentes opérations de traduction prises en charge par les secrétaires médicales, un ancrage du travail médico-administratif certain dans des technologies acquises de longue date dans les secrétariats, et démontrent plus certainement encore l'articulation indispensable que prennent en charge les secrétaires médicales entre ces outils et une variété d'acteur·ices. Alors que le travail médico-administratif, bien souvent qualifié de « paperasse » dans les couloirs des hôpitaux, est rejeté en bloc par les soignant·es, sa prise en charge par des professionnelles dont c'est le « cœur de métier » est d'autant plus indispensable. Ce cœur de métier ne doit pas être redéfini par une adaptation contrainte à un progrès imposé, mais par une reconfiguration choisie des compétences nécessaires pour maintenir un système d'information hospitalier opérant.

Ces conclusions rejoignent celles que j'ai portées dans le cadre du projet mené par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). Les résultats du rapport publié par l'Anact dans le cadre d'un projet d'exploration des « effets du numérique sur les conditions de travail en santé[6] » confirment cette nécessité de créer des marges de manœuvre pour les secrétaires médicales et, plus largement, pour les professionnel·les confronté·es à la numérisation.

L'Anact postule que les projets numériques sont souvent conduits sans réelle concertation, laissant aux agent·es la responsabilité de s'adapter, dans une logique d'accommodement plus que d'appropriation. Les pratiques observées révèlent une profusion de bricolages, de contournements et d'ajustements quotidiens, qui traduisent une tentative de « faire tenir » l'activité malgré des outils conçus à distance des besoins réels. Il s'agit moins de transformation que de « déformation numérique du travail ». Ces constats sont d'autant plus vrais que les transformations du travail liées aux nouveaux usages du numérique restent en marge des revendications syndicales. Si les outils informatiques ont profondément modifié le travail administratif depuis plusieurs décennies, ces changements sont peu discutés dans les espaces du dialogue social. L'obligation d'infor-

[6] Les détails du projet sont consultables à : https://www.anact.fr/projet-numerique-medico-social-qvct

mation des syndicats sur l'introduction de nouvelles technologies est rarement respectée, ce qui les empêche de se saisir pleinement de ces sujets – l'ergonomie des logiciels, la surcharge cognitive liée à la double gestion papier/numérique, ou encore l'appropriation inégale des outils par différent·es populations professionnelles et sociales. Le numérique est perçu comme un décor inévitable plutôt qu'un objet de lutte.

La question initiale devrait ainsi être reformulée : *veut*-on que ce soit la fin d'un métier ? Ou plutôt, les secrétaires médicales veulent-elles déléguer de tout ou partie de leur métier ? Que veut-on vraiment « automatiser », et pourquoi ? Et surtout, comment garantir que ces choix améliorent non pas la productivité et la rentabilité des hôpitaux mais bel et bien la qualité des soins et les conditions de travail des personnes qui y travaillent ?

Multiplier les contre-récits des infrastructures

Je me suis employée, au travers de ce projet de recherche, à construire ce que j'ai nommé un « contre-récit des infrastructures » en m'appuyant sur le point de vue particulier des secrétaires médicales à l'hôpital. Ce travail, parce qu'il s'est voulu situé, ne peut se passer d'une multitude d'autres contre-récits pour parvenir à reconstituer un puzzle complexe. À partir de ce travail, d'autres enquêtes sont possibles, d'autres points de vue, d'autres représentations.

Multiplier les points de vue

La multiplication des points de vue sur les infrastructures et le travail médico-administratif nécessite d'identifier quelques angles morts des recherches que j'ai menées jusqu'à présent. Ces angles morts sont autant de pistes pour de futures recherches ou pour des collaborations interdisciplinaires.

Le choix de l'hôpital comme terrain d'enquête ne permet pas d'appréhender la diversité des situations de travail des secrétaires médicales (cliniques, cabinets médicaux, centres de santé, secrétaires médicales indépendantes, etc.).

Le choix d'un unique terrain (celui d'un seul établissement) ne permet pas la comparaison entre différents établissements hospitaliers, de différentes tailles, dans différents endroits.

Le choix d'une enquête ethnographique basée sur des observations et non couplée à des entretiens semi-directifs systématiques avec les secrétaires médicales posent des limites à ma compréhension de leur perception de leur travail.

Le choix de ne pas faire d'entretiens semi-directifs ou d'observations des métiers connexes à celui de secrétaire médicale ne permet pas d'étudier précisément les différents points de vue autour de certaines interactions sociales (production de documents, pratiques de médiation avec des patient·es, etc.).

Le choix de ne pas étudier spécifiquement les enjeux de carrière et de formation des secrétaires médicales constitue un dernier angle mort, principalement lié à d'autres champs disciplinaires que le mien.

Multiplier les images

Pour multiplier les points de vue sur le travail des secrétaires médicales, et plus largement sur le travail des données à l'hôpital, j'ai montré, tout au long de ce manuscrit, l'importance des représentations, et plus particulièrement des images. Si l'on multiplie les points de vue, il faut également multiplier les images qui permettent de représenter ces points de vue. Cette multiplication passe par deux gestes complémentaires : d'abord, celui de rassembler les représentations existantes, puis d'en produire de nouvelles.

Le millefeuille de représentations du travail des secrétaires médicales que j'ai présenté dans le chapitre 2 amorce ainsi un premier geste, qui consiste à circonscrire un champ d'étude dédié aux cultures visuelles du travail. Si ce manuscrit s'est surtout concentré sur les représentations produites à l'intérieur de l'organisation qu'est l'hôpital, il m'apparaît indispensable de poursuivre ce travail au-delà de ses frontières, en étudiant des films et séries télévisées, des affiches syndicales, des publications sur les réseaux sociaux, des campagnes de communication institutionnelles ou encore les contenus de formations professionnelles. Explorer un tel corpus permettrait non seulement d'éclairer les transformations contemporaines du travail médico-administratif, mais aussi d'armer les secrétaires médicales dans les débats sur le numérique en santé et l'automatisation. Car c'est bien dans la circulation et la confrontation de ces représentations que se joue l'avenir de leur métier, entre effacement et reconnaissance. L'étude des cultures visuelles du travail s'ouvre ainsi comme un champ de recherche encore peu exploré, au croisement des sciences sociales (Suchman, 1987, 1995 ; Star, 1995 ; revue *Images du travail, travail des images*) et des études visuelles (Philizot *et al.*, 2025 ; Mainz and Pollock, 2000 ; Lupton, 1993 ; Richert, 2021).

Le second geste que j'ai amorcé dans ce manuscrit concerne la production de nouvelles représentations du travail. Mes recherches ont ainsi la particularité de proposer des modalités, que j'ai qualifié d'inventives, de production de connaissances. Ces modalités se sont exprimées par la production d'un certain nombre d'objets graphiques (schémas, illustrations, compositions, catalogue d'images)

qui ont pour objectif d'enrichir la production scientifique, au-delà des formats textuels usuels. Les représentations que j'ai produites ne sont néanmoins qu'un premier pas vers une réflexion que je souhaite collective sur la représentation du travail dans le cadre de la recherche scientifique. J'évoquerai pour conclure cette partie quelques limites et perspectives pour ces représentations que j'ai produites.

Les productions graphiques qui maillent ce manuscrit ont ainsi un défaut principal : elles ont été contraintes par mes compétences personnelles de designer et par les moyens financiers et logistiques dont je disposais (espaces de travail, logiciels, service d'impression, compétences graphiques etc). Elles pourraient, dans de futurs projets de recherche, faire l'objet de collaborations diverses permettant une production visuelle plus adaptée aux contextes de recherche et de valorisation de la recherche (illustration, développement Web, édition, exposition, production audio-visuelle, etc.). Néanmoins, avant d'envisager des productions totalement nouvelles, mes recherches seront, au-delà du présent manuscrit de thèse, disséminées de différentes manières : elles l'ont déjà été à travers un blog de recherche Hypothèses intitulé « Enquêtes graphiques[7] », dans lequel j'ai publié des fragments de mes recherches. Elles le seront également au travers d'un site Web qui présente les résultats de mes recherches de façon synthétique. Elles le seront enfin au travers de plusieurs livrables (rapport, fanzine, affiches) distribués au CHU de Montpellier et auprès des acteur·ices institutionnelles qui ont participé à mes recherches. Enfin, elles se sont et continueront de l'être dans le cadre de publications et communications académiques.

Au-delà de ces livrables, il est possible de penser d'autres modalités de dissémination de mes recherches, reposant sur deux intentions :

Rendre la recherche discutable. Mes recherches ne m'ont pas permis de négocier des temps de discussion autour de mes résultats. Ces derniers pourraient néanmoins être rejoués sous la forme d'ateliers, de rencontres professionnelles, d'événements scientifiques ou d'expositions où les résultats deviennent supports de dialogue.

Rendre la recherche opérable. Les résultats de cette enquête peuvent être traduits en principes d'action destinés à différent·es acteur·ices de la santé (établissements, institutions, concepteur·ices d'outils, etc.) : valorisation des métiers, communication interne, outils de reconnaissance du travail. Ces formes d'application visent à éprouver la portée pratique de la recherche, à confronter ses analyses à la réalité des organisations que j'ai étudiées.

---

[7] Fanny Maurel, blog de recherche « Enquêtes graphiques », Hypothèses. URL : https://graphiques.hypotheses.org/

Épilogue.
Sur l'épaule des secrétaires

Je voudrais terminer ce manuscrit en revenant sur un élément déterminant de la construction de ma posture de chercheuse, qui s'est appuyée sur mon rapport aux objets et à leur place dans mes recherches. Mon enquête m'a amenée, presque spontanément, à considérer la place d'une variété d'objets, notamment graphiques, que j'ai pu croiser dans les secrétariats médicaux que j'ai pu visiter. Ces objets me sont apparus indispensables à la compréhension de l'activité des secrétaires médicales, et j'ai donc entrepris de leur faire une place de choix dans mon analyse, en m'appuyant sur la théorie de l'acteur-réseau et plus précisément sur l'appel de Bruno Latour à considérer cette « masse manquante du social » (Latour, 1992) que sont les objets techniques. Dans cette perspective, l'analyse du secrétariat médical se pose en termes d'acteur·ices et d'agentivité : les objets sont des acteur·ices à part entière des mondes sociaux, ils possèdent une agentivité propre qui affecte la manière dont nous, être humain·es, vivons. Humain·es et non-humain·es sont impliqués dans n'importe quelle action. Théoriquement, cette approche m'est apparue brûlante de vérité, à moi, designer de formation, qui n'a eu d'yeux que pour les objets durant les 6 ans de son parcours scolaire. Néanmoins, mon parcours doctoral a doucement fait glisser mon attrait incandescent pour les objets vers une zone bien plus floue d'intérêt croisés pour le travail, les femmes et la matérialité de leurs conditions de vie et de travail. Je m'accorde ainsi avec les critiques formulées par Susan Leigh Star (1990) et plus tard Jérôme Denis et David Pontille (2022) à la posture initiale de Bruno Latour :

> « Évoluant la plupart du temps en coulisses, à l'écart des objets qu'ils maintiennent, [les travailleur·euses] sont en effet symétriquement cantonnés à la marge des analyses cherchant à souligner la capacité d'action des artefacts et leur force politique » (Denis et Pontille, 2022, 83)

> « Si l'on veut aller au bout de la démarche qui consiste à interroger la dimension proprement politique des objets, explique Star, on ne peut pas se permettre de passer à côté de ce qu'implique concrètement la délégation. On ne peut pas, notamment, faire comme si le travail de maintenance qui conditionne le bon fonctionnement et la longévité des artefacts auxquels est confiée la lourde tâche d'agir à la place des humains ne comptait pas vraiment » (Denis et Pontille, 2022, 82)

Si j'ai été enthousiasmée à l'idée de partir en quête de cette fameuse masse manquante du social, et de cartographier tou·tes les acteur·ices des secrétariats médicaux – humain·es et non humaines –, cette entreprise a rencontré ses limites. Il m'est m'apparu impossible de conduire une analyse critique des politiques de dématérialisation et d'automatisation du travail en étudiant les configurations d'une masse indistincte d'actant·es qui participent au fonctionnement d'une infrastructure. Après quatre années passées à étudier le travail de femmes, il m'a

été impossible de faire ce qui aurait été attendu d'une thèse en design : mettre les objets au centre de mon analyse. Après plus de 600 pages à tisser patiemment une description qui sera, je l'espère, la plus fine possible du travail médico-administratif et de ses configurations matérielles, les secrétaires médicales restent malgré tout les protagonistes de mon contre-récit des infrastructures.

L'exercice théorique consistant à lister de manière indistincte une masse d'actant·es dont la configuration des compétences amène au bon déroulement d'une action – refermer une porte chez Bruno Latour (1992) ou programmer un rendez-vous dans mes propres recherches – m'est alors apparue indécente : les secrétaires médicales n'ont jamais choisie les conditions de cette délégation, qui s'apparent plutôt à une forme de relégation imposée par des agendas politiques plus ou moins distants, mais elles en subissent les conséquences. Si l'analyse d'un tel réseau d'acteur·ices consiste à évaluer le (bon) fonctionnement d'une infrastructure comme le système d'information hospitalier, alors nous tomberons d'accord : il fonctionne. Mais à quel prix ? C'est dans cet interstice que mes recherches ont trouvé leur place : dans une analyse matérielle du travail qui vise à lui redonner une forme de visibilité dès lors que cette dimension matérielle est prise en considération. Néanmoins, cette analyse prend ouvertement partie : celui des secrétaires médicales. Elle n'a jamais cherché, et ce dès les premières lignes de ce manuscrit, à observer de manière objective les usages d'une série d'objets techniques, mais à observer les effets de ces objets sur un métier.

Durant les 10 mois qu'ont durée mon enquête, je me suis ainsi hissée « sur l'épaule » des secrétaires médicales qui m'ont accueillies dans leurs espaces de travail. Cette expression – sur l'épaule de – est à prendre au pied de la lettre : j'ai littéralement passé des mois penchée, tant bien que mal, par-dessus l'épaule de femmes assises la plupart du temps devant leur ordinateur. Cette posture (corporelle et scientifique) a été l'objet de nombreuses inquiétudes en amont de l'enquête.

En 2023, avant de commencer mon enquête, j'ai suivi le conseil que le sociologue Jean Peneff donne dans un entretien à la revue *Cambouis* à qui l'on demandait : Qu'est-ce que tu conseillerais concrètement à des jeunes chercheurs, des jeunes chercheuses qui rentrent sur les terrains, qui initient les négociations ?

Jean Peneff : Je dirais : « Faites au pif, et puis allez voir les anciens ».

Suivant ce conseil, j'ai ainsi adressé un mail au sociologue Jérôme Denis, qui avait déjà expérimenté de telles observations sur le travail de bureau. Il me répond :

> « [...] mon seul conseil : ne pas viser de l'observation de "situation naturelle" mais assumer une relation presque d'apprentissage. Les secrétaires te mon-

> treront et te raconteront plein de choses. Et sur la semaine, se laisseront aussi aller à des moments plus silencieux/routiniers qui seront tout aussi intéressants »

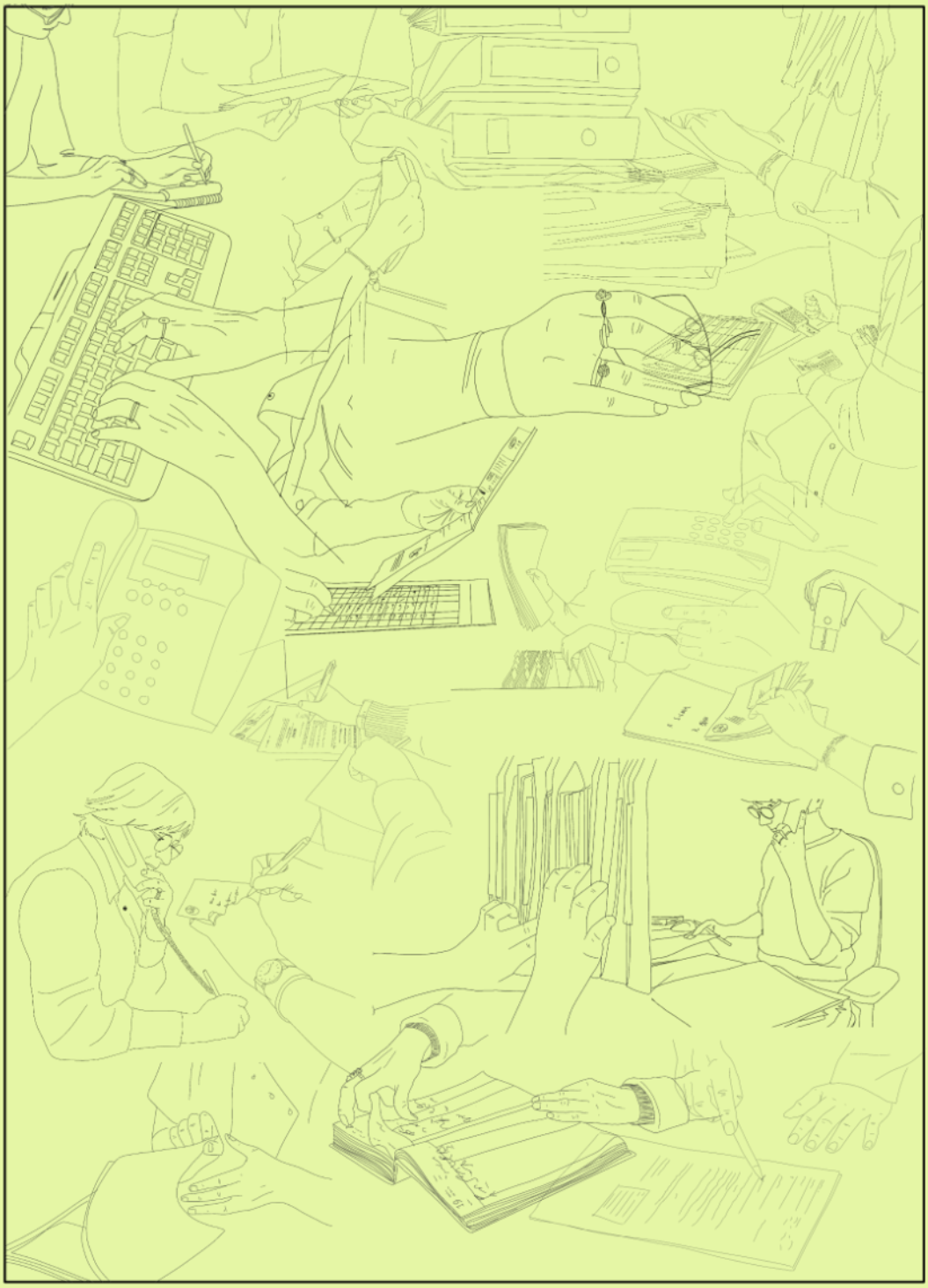
C'est ce que j'ai fais, j'ai appris. J'ai appris à tenir en équilibre sur l'épaule des secrétaires, comme d'autres ont appris à s'appuyer « sur l'épaule des géants ». Cette formule célèbre de Bernard de Chartres, reprise par Newton, décrit une certaine posture des savants vis-à-vis de la production du savoir : ces derniers sont ainsi comme des « nains juchés sur des épaules de géants », c'est-à-dire les savants qui les ont précédé, qui leur permettent de voir « plus de choses et plus lointaines qu'eux, non parce que notre vue est plus perçante ou notre taille plus grande, mais parce qu'ils nous portent en hauteur et nous élèvent de toute leur stature[1] ».

Dans cette thèse, le déplacement de la métaphore vise à rendre hommage à d'autres figures du savoir : non pas les géants, mais celles qui, chaque jour, soutiennent silencieusement les infrastructures de l'information à l'hôpital. Observer au-dessus de l'épaule des secrétaires médicales, c'est reconnaître que la connaissance produite ici ne vient pas d'une position de surplomb, mais d'une modestie indispensable. Leurs gestes, leurs écrans, leurs classeurs et leurs bannettes constituent la véritable élévation de cette recherche : une hauteur gagnée non par l'abstraction, mais par la patience du regard. Se hisser sur leurs épaules, c'est apprendre à voir autrement – non pas plus loin, mais plus précisément, à la bonne distance pour comprendre comment se fabrique, dans les plis du quotidien, une participation particulière à l'activité de soins.

Je conclue ce travail de recherche doctoral en ayant changé de regard : de celui d'un·e designeuse passionnée par les objets, j'espère avoir adopté le regard d'une chercheuse qui embrasse la dimension politique des objets dans des contextes sociaux toujours particuliers.

---

[1] Jean de Salisbury, Metalogicon, III, 4 (éd. J. A. Giles, Patrologia Latina 199 : 823-946).



Bibliographie

Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.

Abbott, Kenneth, et David Levi-Faur. 2017. « Theorizing Regulatory Intermediaries : The RIT Model ». *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 670 : 14-35.

Acker, Françoise. 2005. « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital ». Sociologie. *Revue française des affaires sociales*, nº 1 : 161-81.

Acker, Françoise. 2009. « Le travail de confort ». *Pratiques. Cahiers de la médecine utopique*, N°45 Édition.

Acker, Françoise. 2020. « Sortir de l'invisibilité : Le cas du travail infirmier ». Dans *Cognition et information en société*, édité par Bernard ConeDans et Laurent Thévenot. Raisons pratiques. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Aït-Touati, Frédérique, Jean-Michel Frodon, Bruno Latour, et Donato Ricci. 2022. *Puissances de l'enquête. L'école des Arts politiques*. Les liens qui libèrent.

Akrich, Madeleine. 1995. « Petite anthropologie du médicament ». *Techniques et culture*, nº 25-26 : 129.

Akrich, Madeleine. 1996. « Le médicament comme objet technique ». *Revue internationale de Psychopathologie*, nº 21 : 135-58.

Akrich, Madeleine. 2010. « Comment décrire les objets techniques ? » *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, nº 54-55 : 54-55.

Akrich, Madeleine, et Nicolas Dodier, éd. 1995. « Les objets de la médecine ». *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, nºs 25-26.

Alauzen, Marie. 2019. « Plis et replis de l'État plateforme. Enquête sur la modernisation des services publics en France ». Thèse de doctorat, Ecole des mines.

Alonzo, Philippe, et Olivier Liaroutzos. 1998. *Secrétaires, des carrières à la traîne*. La Découverte.

Amossé, Thomas. 2004. « Professions au féminin : Représentation statistique, construction sociale ». *Travail, genre et sociétés* 11 (1) : 31-46.

Arthur, Mathew. 2023. *Everything Is a Lab : Doing Ordinary Science*. Imbricate!

Assailly, Laurène. 2024. « La santé des données : enquête sur un travail hospitalier de production, de contrôle et de mise en accès de données de santé face aux stratégies d'action publique pour les valoriser ». These de doctorat en sciences politiques, Strasbourg.

Avlona, Natalia-Rozalia, et Irina Shklovski. 2024. « Torquing patients into data : enactments of care about, for and through medical data in algorithmic systems ». *Information, Communication & Society* 27 (4) : 735-57.

Avril, Christelle. 2019. « Secrétaires, des domestiques comme les autres ? » *Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*, nos 131-1 : 131-1.

Avril, Christelle, et Irene Ramos Vacca. 2020. « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail ». *Travail, genre et sociétés* 43 (1) : 85-102.

Back, Les. 2012. « Live Sociology : Social Research and Its Futures ». *The Sociological Review* 60 (1) : 18-39.

Baker, Karen, et Helena Karasti. 2018. « Data Care and Its Politics : Designing for Local Collective Data Management as a Neglected Thing ». Article de colloque presenté sur *Conference : the 15th Participatory Design Conference*.

Balka, Ellen, et Richard Smith (éd.) 2000. *Women, Work and Computerization*. Springer.

Bellon, Anne, Éric Dagiral, et Jean-Marc Weller. 2024. « L'administration et le numérique au défi du travail ». *RESET. Recherches en sciences sociales sur Internet*, n° 14.

Belorgey, Nicolas. 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le " nouveau management public "*. La Découverte.

Benet, Mary Kathleen. 1972. *Secretary : An Enquiry into the Female Ghetto*. EA. edition. Sidgwick & Jackson Ltd.

Berg, Marc. 1996. « Practices of reading and writing : the constitutive role of the patient record in medical work ». *Sociology of Health & Illness* 18 (4) : 499-524.

Berg, Marc. 1997a. « Of Forms, Containers, and the Electronic Medical Recor : Some Tools for a Sociology of the Formal ». *Science, Technology, & Human Values* 22 (4) : 403-33.

Berg, Marc. 1997b. *Rationalizing Medical Work*. MIT Press.

Bezes, Philippe. 2009. *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*.

Bezes, Philippe, et Alain Chatriot. 2020. « Chapitre 9. Moderniser l'État : Michel Rocard et le renouveau du service public ». Dans *Michel Rocard Premier ministre*. Presses de Sciences Po.

Bittel, Carla, Elaine Leong, et Christine von Oertzen,(éd.), 2019. *Working with Paper : Gendered Practices in the History of Knowledge*. University of Pittsburgh Press.

Blanchette, Jean-François. 2011. « A Material History of Bits ». *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 62 (6) : 1042-57.

Blumhagen, Dan W. 1979. « The Doctor's White Coat ». *Annals of Internal Medicine* 91 (1 : 111-16.

Bok, Sissela. 2011. *Secrets : On the Ethics of Concealment and Revelation*. Westminster.

Borzeix, Anni, et Béatrice Fraenkel. 2001. *Langage et Travail. Communication, cognition, action*. CNRS Éditions.

Bossen, Claus, Lotte Groth Jensen, et Flemming Witt. 2012. « Medical secretaries' care of records : the cooperative work of a non-clinical group ». *Proceedings of the ACM 2012 conference on Computer Supported Cooperative Work* (New York, NY, USA), CSCW '12, 921-30.

Bossen, Claus, Yunan Chen, et Kathleen H. Pine. 2019. « The Emergence of New Data Work Occupations in Healthcare : The Case of Medical Scribes ». *International Journal of Medical Informatics* 123 : 76-83.

Bossen, Claus, Kathleen H Pine, Federico Cabitza, Gunnar Ellingsen, et Enrico Maria Piras. 2019. « Data Work in Healthcare : An Introduction ». *Health Informatics Journal* 25 (3) : 465-74.

Boucher, Andy, Bill Gaver, Tobie Kerridge, Mike Michael, Liliana Ovalie, et Alex Wilkie. 2018. *Energy Babble – Mattering Press*. Mattering Press.

Bowker, Geoffrey C. 1994. *Science on the Run : Information Management and Industrial Geophysics at Schlumberger, 1920-1940*. Inside Technology, édité par Wiebe Bijker, Edward Jones-Imhotep, et Rebecca Slayton. MIT Press.

Bowker, Geoffrey, et Susan Leigh Star. 2023. *Arranger les choses*. Traduit par Vincent Cardon, Eric Dagiral, et Ashveen Peerbaye. Les Éditions de l'EHESS.

Braton, Benjamin H. 2016. *The Stack. On Software and Sovereignty*. MIT Press.

Briet, Suzanne. 1951. *Qu'est-ce que la documentation ?* Editions documentaires, industrielles et techniques.

Brown, Elspeth H. H. 2005. *The Corporate Eye : Photography and the Rationalization of American Commercial Culture, 1884–1929*. Johns Hopkins University Press.

Buckland, Michael. 1997. « What Is a "Document"? » *Journal of the American Society for Information Science* 48 (9 : 804-9.

Caillet, Aline. 2019. *L'art de l'enquête*. Editions Mimésis.

Callon, Michel. 1986. « ÉLÉMENTS POUR UNE SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION : La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'Année sociologique (1940/1948-)* 36 : 169-208.

Chartier, Roger. 1995. *Forms and Meanings : Texts, Performances, and Audiences from Codex to Computer*. University of Pennsylvania Press.

Cicourel, Aaron C. 2002. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. Organisation et communication en régime de « surcharge cognitive » ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 3 (143) : 3-17.

Cobble, Dorothy Sue. 1999. « "A Spontaneous Loss of Enthusiasm" : Workplace Feminism and the Transformation of Women's Service Jobs in the 1970s ». *International Labor and Working-Class History*, nº 56 : 23-44.

Coleman, Rebecca, Kat Jungnickel, et Nimal Puwar (éd.). 2023. *How To Do Social Research With...* MIT Press.

Cook, Ian. 2004. « Follow the Thing : Papaya ». *Antipodes* 36 (4) : 642-64.

Coopersmith, Jonathan. 2016. *Faxed*. John Hopkins Press.

Corriol, Clément, Alexandra Thomas, Marlène Ruat, et Pierre-Etienne HAAS. 2017. « Réinventer les secrétariats médicaux. » *GESTIONS HOSPITALIERES*, nº 569 : 466-71.

Costas, Jana, et Christopher Grey. 2014. « Bringing Secrecy into the Open : Towards a Theorization of the Social Processes of Organizational Secrecy ». *Organization Studies* 35 (10) : 1423-47.

Couppié, Thomas, Pierre Hallier, Olivier Liaroutzos. 2002. *Quelle catégorisation pour décrire l'avenir des jeunes secrétaires ?* Essais. La Dispute.

Couppié, Thomas, *et al*. 1998. *CEP secrétariat. Rapport intermédiaire n° 1.* Céreq.

Crawford, Kate, et Vladan Joler. 2018. « Anatomy of an AI System ». Share Lab, The AI Now Institute.

Cresswell, Robert. 2010. « Techniques et culture : les bases d'un programme de travail ». *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, nº 54-5 : 54-55.

Cross, Nigel. 2006. *Designerly Ways of Knowing*. Springer London Ltd.

Dagiral, Éric, Benjamin Derbez, Ashveen Peerbaye, et David Saint-Marc. 2022. « Entre technologies de santé et soin des technologies : produire des matérialités soignantes ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, nº 25 : 25.

Dagiral, Éric, et Ashveen Peerbaye. 2012. « Les mains dans les bases de données. Connaître et faire reconnaître le travail invisible ». *Revue d'anthropologie des connaissances* (Grenoble) 6, 1 (1) : 191-216.

Daminger, Allison. 2019. « The Cognitive Dimension of Household Labor ». *American Sociological Review* 84 (4) : 609-33.

David, Gary C., Angela Cora Garcia, Anne Warfield Rawls, et Donald Chand. 2009. « Listening to What Is Said – Transcribing What Is Heard : The Impact of Speech Recognition Technology (SRT) on the Practice of Medical Transcription (MT) ». *Sociology of Health & Illness* 31 (6 : 924-38.

Davies, Celia. 1995. *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Open University Press.

De Maeyer, Juliette, Aleksandra Kaminska, et Ghislain Thibault. 2024. *Histoires matérielles du papier*.

De Mourat, Robin. 2020. « Le vacillement des format : matérialité, écriture et enquête : le design des publications en Sciences Humaines et Sociales ». Thèse de doctorat en Esthétique et Arts Appliqués, Rennes 2.

Denis, Jérôme. 2018. *Le travail invisible des données : Éléments pour une sociologie des infrastructures scripturales*. Presses des Mines.

Denis, Jérôme, et David Pontille. 2010. *Petite sociologie de la signalétique. Les coulisses des panneaux de métro*. Presses des mines.

Denis, Jérôme, et David Pontille. 2022. *Le soin des choses*. La Découverte.

Denis, Jérôme, David Pontille, Philippe Artières, Marie Alauzen, et Didier Torny. 2019. *Scriptopolis*. Editions Non Standard.

Descolonges, Michèle. 1996. *Qu'est-ce qu'un métier ?* Presses universitaires de France.

DeVault, Marjorie L. 1991. *Feeding the Family : The Social Organization of Caring as Gendered Work*. Women in Culture and Society. University of Chicago Press.

Deville, Clara. 2023. « Politique de l'absurde. Le numérique et l'accès aux droits sociaux ». *La Vie des idées*.

Dittmar, Anke, et Laura Dardar. 2015. « Personal Ecologies of Calendar Artifacts ». *Journal of Interaction Science* 3 (1) : 2.

Dourish, Paul. 2017. *The Stuff of Bits : An Essay on the Materialities of Information*. The MIT Press.

Downey, Gary Lee, et Teun Zuiderent-Jerak, éd. 2021. *Making & Doing : Activating STS through Knowledge Expression and Travel*. The MIT Press.

Drucker, Johanna. 2020. *Visualisation. L'interprétation modélisante*. B42.

Drucker, Johanna. 2014. *Graphesis. Visual Forms of Knowledge Production.* Harvard University Press.

Dubinskas, Frank Anthony. 1988. *Making Time : Ethnographies of High-Technology Organizations*. Temple University Press.

Dubois, Vincent. 1999. *La vie au guichet*. Economica.

Dumit, Joseph. 2014. « Writing the Implosion : Teaching the World One Thing at a Time ». *Cultural Anthropology* 29 (2).

Edgerton, David. 2013. *Quoi de neuf ?* Traduit par Christian Jeanmougin. Seuil.

Edwards, Paul N. 2002. *Infrastructure and Modernity : Force, Time, and Social Organization in the History of Sociotechnical Systems*.

Edwards, Paul N., Matthew S. Mayernik, Archer L. Batcheller, Geoffrey C. Bowker, et Christine Borgman. 2011. « Science Friction : Data, Metadata, and Collaboration ». *Social Studies of Science* 41 (5).

Ellul, Jacques. 1988. *Le Bluff technologique*. Hachette.

Esbester, Mike. 2009. « Designing Time : The Design and Use of Nineteenth-Century Transport Timetables ». *Journal of Design History* 22 (2) : 91-113.

Estampa. non daté. « Cartography of Generative AI ».

Favret-Saada, Jeanne. 1990. « Être affecté ». *Gradhiva : revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie* 8 (1) : 3-9.

Fitzpatrick, Geraldine. 2000. « Understanding the Paper Health Record in Practic : Implications for EHRs ». Article de colloque présenté sur Integrating Information for Health Care. *Proceedings of HIC*.

Foucault, Michel. 2015. *Naissance de la clinique*. 9e édition. Quadrige. Presses Universitaires de France.

Fournier, Christine, et Olivier Liaroutzos. 1997. « Le secrétariat : une profession qui sait s'adapter ». *Céreq Bref*, n° n° 129.

Fournier, Christine, Olivier Liaroutzos. 1996. *Le secrétariat en France aujourd'hui. Constats et interrogations.* Céreq.

Fraenkel, Béatrice. 1990. « La signature contre la corruption de l'écrit ». *Le Débat* 62 (5) : 76-87.

Fraenkel, Béatrice. 1992. *La Signature : Genèse d'un signe*. Gallimard.

Fraenkel, Béatrice. 2008. « La signature : du signe à l'acte ». Anthropologie. *Sociétés & Représentations* 25 (1) : 13-23.

Fraenkel, Béatrice. 2018. « Actes graphiques : Gestes, espaces, postures ». *L'Homme* (3) : 7-20.

Fraenkel, Béatrice, et David Pontille. 2003. « L'écrit juridique à l'épreuve de la signature électronique, approche pragmatique ». *Langage et société* 104 (2) : 83-122.

Francequin, Ginette. 2008. « La blouse à l'hôpital ». Gestion. *Sociologie clinique*, 100-109.

Fuller, Matthew. 2003. *Behind the Blip : Essays on the Culture of Software*. Barnes & Nobles.

Fuller, Matthew. 2008. *Software Studies : A Lexicon*. MIT Press.

Gagliardi, Pasquale. 2006. « Exploring the Aesthetic Side of Organizational Life ». Dans *The SAGE Handbook of Organization Studies*. SAGE Publications Ltd.

Gardey, Delphine. 1998. *La standardisation d'une pratique technique : la dactylographie (1883-1930)*.

Gardey, Delphine. 1999. « Mécaniser l'écriture et photographier la parole. Des utopies au monde du bureau, histoires de genre et de techniques ». *Annales* 54 (3) : 587-614.

Gardey, Delphine. 2008. *Écrire, calculer, classer. Comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines (1800-1940)*. La Découverte.

Gardey, Delphine, et Louis Bergeron. 2001. *La dactylographe et l'expéditionnaire : Histoire des employés de bureau 1890-1930*. Belin.

Garfinkel, Harold. 1967. *Studies in Ethnomethodology*. Wiley.

Gerry, Stahl. 2011. « Theories of Cognition in CSCW ». *Proceedings of the Twelfth European Conference on Computer Supported Cooperative Work, ECSCW 2011* (Aarhus University), septembre 24.

Gibson, James J. 2014. *The Ecological Approach to Visual Perception : Classic Edition*. Psychology Press.

Girard-Chanudet, Camille. 2023. « La justice algorithmique en chantier : sociologie du travail et des infrastructures de l'intelligence artificielle. » These de doctorat, Paris, EHESS.

Gitelman, Lisa. 2014. *Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents*. Duke University Press.

Goffman, Erving. 1959. *The presentation of self in everyday life*. Bateman Press.

Goldsmith, Kenneth. 2018. *L'écriture sans écriture by Kenneth Goldsmith*. Traduit par François Bon. JBE Books.

Goodwin, Charles. 2009. « Professional Vision ». *American Anthropologist* 96 : 606-33.

Goody, Jack. 1979. *La Raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*. Traduit par Jean Bazin et Alban Bensa. Les éditions de minuit.

Granger, Bernard. 2022. *Excel m'a tuer. L'hôpital fracassé*. Odile Jacob.

Gremy, François. 1992. « L'information médicale à l'hôpital : révolution culturelle et linguistique ». Dans *The Third European Conference of Medical Libraries*, édité par Susan Bakker et Monique C. Montpellier.

Grimshaw, Anna. 2003. « The Ethnographer's Eye : Ways of Seeing in Modern Anthropology ». *Anthropologica* 45.

Grosjean, Michèle, et Michèle Lacoste. 1998. « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du «tout écrit» ». *Sociologie du travail* 40 (4) : 439-64.

Grosjean, Sylvie. 2014. « Étudier la dimension sensible des savoirs produits en contexte de travail ». *Études de communication. langages, information, médiations*, nº 42 : 42.

Guenel, Jean. 1996. « L'introduction des secrétaires médicales dans les hôpitaux de Nantes ». *L'Hospitalier Nantais*, juin.

Haicault, Monique. 1984. « La gestion ordinaire de la vie en deux ». *Sociologie du travail* 26 (3) : 268-77.

Haigh, Thomas. 2006. « Remembering the Office of the Future : The Origins of Word Processing and Office Automation ». *IEEE Annals of the History of Computing* 28 (4) : 6-31.

Haïk-Wagner, Nicolas El. 2022. « Dicter son compte-rendu pour maîtriser l'interaction - De l'usage de la reconnaissance vocale en consultation médicale ». *médecine/sciences* 38 (10) : 10.

Haraway, Donna. 1991. *Simians, Cyborgs, and Wome : The Reinvention of Nature*. Routledge.

Haraway, Donna. 2018. *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan_Meets_OncoMouse : Feminism and Technoscience*. Routledge.

Harding, Sandra G. 1987. *Feminism and Methodology : Social Science Issues*. Avec Internet Archive. Milton Keynes [Buckinghamshire] : Open University Press.

Harley, J. B. 1992. « Deconstructing the map ». *Passages*.

Harper, R. H., K. P. O'Hara, A. J. Sellen, et D. J. Duthie. 1997. « Toward the Paperless Hospital? » *British Journal of Anaesthesia* 78 (6) : 762-67.

Harper, Richard. 1998. *Inside the IMF*. Routledge.

Hartmann, Heidi I., Robert E. Kraut, et Louise A. Tilly, éd. 1987. *Computer Chips and Paper Clips : Technology and Women's Employment, Volume II : Case Studies and Policy Perspectives*. National Academies Press.

Hayles, N. Katherine. 2005. *My Mother Was a Computer : Digital Subjects and Literary Texts*. University of Chicago Press.

Heath, Christian, et Paul Luff (éd.). 2000. « Documents and professional practic : 'bad' organisational reasons for 'good' clinical records ». Dans *Technology in Action*. Cambridge University Press.

Herd, Pamela, et Donald P. Moynihan. 2018. *Administrative Burden : Policymaking by Other Means*. Russell Sage Foundation.

Hooff, Bart van den. 2004. « Electronic Coordination and Collective Action : Use and Effects of Electronic Calendaring and Scheduling ». *Information & Management* 42 (1) : 103-14.

Howe, Louise Kapp. 1977. *Pink Collar Workers : Inside the World of Women's Work*. Avec Internet Archive. New York : Putnam's Sons.

Howes, David, (éd.). 1991. *The Varieties of Sensory Experience : A Sourcebook in the Anthropology of the Senses*. University of Toronto Press.

Hughes, Everett C. 1951. « Studying the Nurse's Work ». *American Journal of Nursing* 51 : 294-95.

Hughes, Everett C. 1962. « Good People and Dirty Work ». *Social Problems* 10 (1) : 3-11.

Hull, Matthew S. 2012. *Government of Paper : The Materiality of Bureaucracy in Urban Pakistan*. University of California Press.

Hutchby, Ian. 2001. « Technologies, Texts and Affordances ». *Sociology* 35 (2) : 441-56.

Hutchins, Edwin. 1996. *Cognition in the Wild*. MIT Press.

Imbert, Clémence. 2017. « Oeuvres ou documents ? : un siècle d'exposition du graphisme dans les musées d'art moderne de Paris, New York et Amsterdam (1895-1995). » These de doctorat, Paris 8.

Imbert, Clémence. 2023. « À la recherche de l'utilisatrice. Représentations genrées dans les publicités pour ordinateurs ». *ISSUE – Journal of art & design HEAD – Genève*.

Ingold, Tim (éd.). 2016. *Redrawing Anthropology : Materials, Movements, Lines*. Routledge.

Ingold, Tim. 2022. *Being Alive : Essays on Movement, Knowledge and Description*. Routledge.

IPM. 2025. *Etude prospective secrétaire médical(e) – Anfh et IPM (Janvier 2025) | ANFH*. Anfh.

IRDES. 2019. « Bibliographie thématique « la e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée » ». juillet.

Isah, Esther Ebole, et Katriina Byström. 2020. « The Mediating Role of Document : Information Sharing through Medical Records in Healthcare ». *Journal of Documentation* 76 (6) : 1171-91.

Jackson, Steven J. 2014. *Rethinking Repair*. MIT Press.

Jarke, Juliane, et Stefanie Büchner. 2024. « Who Cares about Data? Data Care Arrangements in Everyday Organisational Practice ». *Information, Communication & Society* 27 (4) : 702-18.

Jeannot, Gilles, et Simon Cottin-Marx. 2022. *La privatisation numérique. Déstabilisation et réinvention du service public*. Raison D'agir.

Juven, Pierre-André. 2016. *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public. Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*. Presses Universitaires de France.

Keane, Webb. 1997. *Signs of Recognition*. University of California Press.

Kincaid, Christine M., Pierre B. Dupont, et A. R. Kaye. 1985. « Electronic calendars in the office : an assessment of user needs and current technology ». *ACM Trans. Inf. Syst.* 3 (1) : 89-102.

Kirschenbaum, Matthew G. 2007. *Mechanisms : New Media and the Forensic Imagination*. MIT Press.

Knudsen, Casper, et Pernille Bertelsen. 2023. « Medical Secretaries' Registration Work in the Data-Driven Healthcare Era ». Dans *Caring is Sharing – Exploiting the Value in Data for Health and Innovation*. IOS Press.

Knudsen, Casper, et Pernille Scholdan Bertelsen. 2021. « Data Work in Health Care : The Case of Medical Secretaries ». Dans *Context Sensitive Health Informatic : The Role of Informatics in Global Pandemics*. IOS Press.

Krajewski, Markus. 2018. *The Server*. Yale University Press.

Kuepers, Wendelin. 2015. « Emplaced and Embodied Mobility in Organizations ». *Ephemera. Theory and politics in organization* 15 (4) : 797-823.

Lalumière, Audrey, et Cécile Collinge. 1999. « Revue de la littérature et avis d'experts sur les troubles musculo-squelettiques associés à la souris d'ordinateur ». *États de la question, rapports d'expertise et revues de littérature*.

Lamberterie, Isabelle de. 2014. « Quelle régulation pour les technologies en santé ? » *Annales des Mines - Réalités industrielles* (Paris) vembre 2014 (4) : 94-98.

Langhof, Antonia. 2018. « Off the record : understanding the (latent) functions of documents in organizations ». *Journal of Organizational Ethnography* 7 (1) : 59-73.

Lascoumes, Pierre, et Dominique Lorrain. 2007. « Introduction. Trous noirs du pouvoir : les intermédiaires de l'action publique ». *Sociologie du Travail* 49 (1) : 1.

Latour, Bruno. 1987. « Les "vues" de l'esprit ». *Réseaux : communication, technologie, société* 5 (27) : 79-96.

Latour, Bruno. 1989. *La science en action*. Gallimard.

Latour, Bruno. 1992. « Where Are the Missing Masses, Sociology of a Few Mundane Artefacts ». Dans *Shaping Technology-Building Society. Studies in Sociotechnical Change*. MIT Press.

Latour, Bruno. 2007. « La clef de Berlin ». Dans *Petites leçons de sociologie des sciences*. La Découverte.

Latour, Bruno. 2021. *Paris, ville invisible*. B42.

Latour, Bruno, et Steve Woolgar. 2006. *La vie de laboratoire*. La Découverte.

Law, John, (éd.). 1990. « A Sociology of Monsters : Essays on Power, Technology and Domination ». *Sociological Review Monograph Series*, vol. 38 (1).

Law, John. 2004. *After Method : Mess in Social Science Research*. Routledge.

Lee, Chris. 2022. *Immutable : Designing History*. Onomatopee.

Leibovici, Franck. 2020. *des opérations d'écriture qui ne disent pas leur nom*. Questions théoriques.

Leibovici, Franck, et Julien Seroussi. 2023. *Muzungu à la cpi*. Beaux-arts de Paris.

Leigh Star, Susan. 2010. « Ceci n'est pas un objet-frontière ! Réflexions sur l'origine d'un concept ». *Revue d'anthropologie des connaissances* (Grenoble) Vol 4, (1) : 18-35.

Leigh Star, Susan, et Geoffrey C. Bowker. 2000. *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*. MIT Press.

Leonelli, Sabina, et Niccolo Tempini. 2020. *Data Journeys in the Sciences*. Springer Nature.

Liaroutzos, Olivier. 1993. « L'identité professionnelle des agents administratifs : métier et image de soi ». These de doctorat, Paris 8.

Liaroutzos, Olivier. 1997. « Le travail administratif en mouvements, effets et méfaits. » *Avis de recherches*, n° 43-44 : 22-23.

Liaroutzos, Olivier. 1998. « La secrétaire et les autres. Une identité professionnelle en question ». *Formation Emploi* 61 (1) : 73-89.

Liaroutzos, Olivier. 2000. « De la secrétaire à l'assistante. Un processus qui requiert un accompagnement ». *Céreq Bref*, n° 160.

Licoppe, Christian. 2010. « Les apparitions médiatisées et leurs effets performatifs : Le cas des sonneries téléphoniques et la « crise de la sommation » ». *Reseaux* 16 : 132-62.

Lieugaut Amer-Moussa, Véronique. 2006. « La secrétaire médicale en pédopsychiatrie ». *Enfances & Psy* (Toulouse) 30 (1) : 173-74.

Lingel, Jessa, et Kate Crawford. 2020. « Alexa, Tell Me about Your Mother" : The History of the Secretary and the End of Secrecy ». *Catalyst : Feminism, Theory, Technoscience* 6 (1) : 1.

Loukissas, Yanni Alexander. 2019. *All Data Are Local : Thinking Critically in a Data-Driven Society*. The MIT Press.

Lupton, Deborah. 2017. « Towards Design Sociology ». *Sociology Compass* 12 (1).

Lupton, Ellen. 1993. « Mechanical Brides : Women and Machines from Home to Office ». *Cooper Hewitt, Smithsonian Design Museum*.

Lury, Celia, Rachel Fensham, Alexandra Heller-Nicholas. 2020. *Routledge Handbook of Interdisciplinary Research Methods*. Routledge.

Lury, Celia, et Nina Wakeford. 2013. *Inventive Method : The Happening of the Social*. Routledge.

Luyat, Marion, et Tony Regia-Corte. 2009. « Les affordances : de James Jerome Gibson aux formalisations récentes du concept ». Psychologie. *L'Année psychologique* 109 (2) : 297-332.

Mainz, Valérie, et Griselda Pollock. 2000. *Work and the image : visual representations in changing histories. Volume 1 : Work, Craft and Labour - Visual Representations in Changing Histories*. Ashgate.

Mak, Bonnie. 2012. *How the Page Matters*. University of Toronto Press.

Marcus, George E., et Michael M. J. Fischer. 1999. *Anthropology as Cultural Critique : An Experimental Moment in the Human Sciences*. Édité par 2d edition. University of Chicago Press.

Maruani, Margaret. 1998. *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*. Paris.

Mattern, Shannon. 2018. « Maintenance and Care ». *Places Journal*.

Maudet, Nolwenn. 2022. « Une brève histoire des templates, entre autonomisation et contrôle des graphistes amateurs ». *Design Arts Medias*, nº Systèmes : logiques, graphies, matérialités.

Mayère, Anne, Isabelle Bazet, et Angélique Roux. 2012. « « Zéro papier » et « pense-bêtes » à l'aune de l'informatisation du dossier de soins ». *Revue d'anthropologie des connaissances* 6 (1).

Mazouz, Sarah. 2017. *La République et ses autres, Politiques de l'altérité dans la France des années 2000*. ENS Editions.

Meyer, Michaël, et Christian Papinot. 2017. « Le travail des images dans la démarche de recherche. Analyse réflexive et compréhension de l'objet ». *Images du travail, travail des images*, nº 3 : 3.

Milne, Esther. 2015. « Spreadsheets and the Violence of Forms: Tracking Organisational and Domestic Use ». *M/C Journal* 18 (5) : 5.

Mitchell, W. J. T. 1995. *Picture Theory : Essays on Verbal and Visual Representation*. University of Chicago Press.

Mitchell, William John Thomas. 2014. *Que veulent les images ? : une critique de la culture visuelle*. Les presses du réel.

Mol, Annemarie. 2013. *Ce que soigner veut dire : Les patients, la vie quotidienne et les limites du choix*. Traduit par Monique Debauche et Chantal Debauche. Presses des Mines.

Mol, Annemarie, Moser Ingunn, et Jeanette Pols (éd.). 2010. *Care in Practic : On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. MatteRealities / VerKörperung : Perspectives from Empirical Science Studies. Columbia University Press.

Molinier, Pascale. 2020. *Le travail du care*. La Dispute.

Møller, Naja Holten, Claus Bossen, Kathleen H. Pine, Trine Rask Nielsen, et Gina Neff. 2020. « Who Does the Work of Data? » *Interactions* 27 (3) : 52-55.

Morquin, David. 2019. « Comment améliorer l'usage du Dossier Patient Informatisé dans un hôpital ? : vers une formalisation habilitante du travail intégrant l'usage du système d'information dans une bureaucratie professionnelle ». These de doctorat, Montpellier.

Mulvey, Laura. 1975. « Visual Pleasure and Narrative Cinema ». *Screen* 16 (3) : 6-18.

Nandhakumar, Joe. 2001. « Accounting for Time : Managing Time in Project-Based Teamworking ». *ResearchGateations and Society* 26 (3) : 214.

Nardi, Bonnie A., et Yrjö ENgeström. 1999. « A Web on the Wind : The Structure of Invisible Work ». *Computer Supported Cooperative Work* 8 (1-2) : 1-8.

Nardi, Bonnie A., et Vicki O'Day. 1999. *Information Ecologie : Using Technology with Heart*. The MIT Press.

Negrin, Llewellyn. 2006. « Ornament and the Feminine ». *Feminist Theory* 7 (2) : 219-35.

Nora, Simon, et Alain Minc. 1978. *L'informatisation de la société*. Présidence de la République.

Noucher, Matthieu. 2023. *Blancs des cartes et boîtes noires algorithmiques*. CNRS Editions.

Nova, Nicolas. 2022. *Exercices d'observation*. Premier Parallèle.

Nova, Nicolas, et Lysianne Léchot Hirt. 2019. « Ethnographier avec le design ». *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, nº 7 : 71.

Nova, Nicolas, Lysianne Léchot-Hirt, Fabienne Kilchör, et Sébastien Fasel. 2014. *Beyond Design Ethnography : How Designers Practice Ethnographic Research*. Head – Genève.

Ogien, Albert. 2009. « L'hôpital saisi par la quantification. Une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité ». *Sciences de la société*, nº 76 : 76.

Olivier, Michèle. 2004. *Chronique d'un vestiaire hospitalier*. L'Harmattan.

Olmedo, Élise. 2015. « Cartographie sensible : tracer une géographie du vécu par la recherche-création ». These de doctorat, Paris 1.

Oswick, Cliff, et David Grant. 1995. *Organisation Development Metaphorical Explorations*. 1er édition. Financial Times/ Prentice Hall.

Paillet, Anne. 2009. « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical ». Dans *Sociologie des groupes professionnels*. La Découverte.

Palen, Leysia. 1999. « Social, individual and technological issues for groupware calendar systems ». *Proceedings of the SIGCHI conference on Human Factors in Computing Systems* (New York, NY, USA), CHI '99, 17-24.

Parikka, Jussi. 2023. *Operational Images. From the Visual to the Invisual*. University of Minnesota Press.

Pater, Ruben. 2021. *CAPS LOCK. How Capitalism Took Hold of Graphic Design, and How to Escape from It*. Valiz.

Peneff, Jean. 2009. *Le goût de l'observation*. La Découverte.

Peneff, Jean, Morgane Kuehni, et Michaël Meyer. 2021. « Pour une sociologie curieuse, libre et tenace : Entretien avec Jean Peneff ». *Cambouis, la revue des sciences sociales aux mains sales*.

Perlow, Leslie A. 1999. « The Time Famine : Toward a Sociology of Work Time ». *Administrative Science Quarterly* 44 (1).

Perrot, Michelle. 1987. « Qu'est-ce qu'un métier de femme? » *Le Mouvement social*, nº 1 : 3-8.

Peteri, Virve, Kirsti Lempiäinen, et Merja Kinnunen. 2020. « From cubicles to open space: An analysis of gendered meanings of workspace ». *European Journal of Cultural Studies*.

Peters, John Durham. 2016. *The Marvelous Clouds : Toward a Philosophy of Elemental Media*. University of Chicago Press.

Philizot, Vivien. 2023. *Images premières. Aux origines de la représentation visuelle*. Métis press.

Philizot, Vivien. 2024. « Design graphique. Trente mille ans de culture visuelle, trente ans de recherche ». *Graphisme en France*, nº 30 : 37-61.

Philizot, Vivien, Sophie Suma, et Benjamin Thomas. 2025. *Écologie des images. Films, séries et autres milieux visuels*. Editions 205.

Pine, Kathleen H, et Claus Bossen. 2020. « Good Organizational Reasons for Better Medical Record : The Data Work of Clinical Documentation Integrity Specialists ». *Big Data & Society* 7 (2) : 205395172096561.

Pink, Sarah. 2015. *Doing Sensory Ethnography*. Deuxième édition. Sage Publications Ltd.

Pink, Sarah. 2022. *Doing Visual Ethnography*. 4e édition. SAGE Publications Ltd.

Pink, Sarah, Minna Ruckenstein, Martin Berg, et Deborah Lupton. 2022. *Everyday Automation : Experiencing and Anticipating Emerging Technologies March 2022*. Routledge.

Pinto, Josiane. 1987. « Le secrétariat, un métier très féminin ». *Le Mouvement social*, nº 140 : 121-33.

Pinto, Josiane. 1990. « Une relation enchantée ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 84 (1) : 32-48.

Pinto, Josiane. 2000. « Les secrétaires et la nouvelle économie des bureaux ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 134 (1) : 62-65.

Plegat, Manon, et Myriam Lewkowicz. 2025. « “I Do Not See the Point of Using the System”. Understanding a Broken Policy Knot in the Primary Care Sector ». *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction* 9 (2) : 1-28.

Pols, Jeannette, et Ingunn Moser. 2009. « Cold Technologies versus Warm Care? On Affective and Social Relations with and through Care Technologies ». *Alter*, Ageing, Technology and the Home : Researching new care configurations / Vieillissement et technologies : recherches sur les nouvelles configurations du soin à domicile, 3 (2) : 159-78.

Porfido, Ida. 2015. « Un livre blanc de Philippe Vasset ou le silence des cartes ». *Revue italienne d'études françaises. Littérature, langue, culture*, nº 5 : 5.

Pringle, Rosemary. 1989. *Secretaries Talk : Sexuality, Power and Work*. Avec Internet Archive. Verso.

Prior, Lindsay. 2003. *Using Documents in Social Research*. SAGE Publications Ltd.

Proux, Laurent, et Renaud Bézy. 2023. « Peindre les corps et les décors du travail. Grand entretien de Laurent Proux ». *Images du travail, travail des images*, nº 1 : 15.

Puig de la Bellacasa, Maria. 2011. « Matters of Care in Technoscience : Assembling Neglected Things ». *Social Studies of Science* 41 (1).

Reddy, Michael J. 1993. « The conduit metaphor : A case of frame conflict in our language about language ». Dans *Metaphor and Thought*, 2e édition, édité par Andrew Ortony. Cambridge University Press..

Richert, Camille. 2021. « Un motif pour une historiographie du travail : représenter les corps laborieux, 1968-2020 ». These de doctorat, Paris, Institut d'études politiques.

Riles, Annemarie, éd. 2006. *Documents. Artifacts of Modern Knowledge*. Michigan University Press.

Robertson, Craig. 2021. *The Filing Cabinet. A Vertical History of Information*. University of Minnesota Press.

Robertson, Craig, et Deirdre Lynch. 2021. « Pinning and Punching : A Provisional History of Holes, Paper, and Books ». *Inscription*.

Rose, Gillian. 2023. *Visual Methodologies. An Introduction to Researching with Visual Materials*. SAGE Publications Ltd.

Rosenheim, Shawn James. 1996. *The Cryptographic Imagination*. Johns Hopkins University Press.

Rouncefield, Mark, John A. Hughes, Tom Rodden, et Stephen Viller. 1994. « Working with “Constant Interruption : CSCW and the Small Office ». *The Information Society* 11 : 275-86.

Saag, Harry S., Kanan Shah, Simon A. Jones, Paul A. Testa, et Leora I. Horwitz. 2019. « Pajama Time : Working After Work in the Electronic Health Record ». *Journal of General Internal Medicine* 34 (9) : 1695-96.

Sanchez Criado, Tomas, et Adolfo Estalella. 2023. *An Ethnographic Inventory : Field Devices for Anthropological Inquiry*. Routledge.

Sans auteur. 2019. « FP 01. Chaîne opératoire ». *Techniques & Culture. Revue semestrielle d’anthropologie des techniques*.

Schmidt, Kjeld, et Liam J. Bannon. 1992. « Taking CSCW Seriously : Supporting Articulation Work ». *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)* 1 : 7-40.

Schütz, Gabrielle. 2018. *Jeunes, jolies et sous-traitées : les hôtesses d’accueil*. Travail et salariat. La Dispute.

Seely Brown, John. 2000. *The Social Life Of Information*. Harvard Business Review Press.

Seiller, Pauline, et Rachel Silvera. 2020. « Sales boulots ». *Travail, genre et sociétés* (Paris) 43 (1) : 25-30.

Sellen, Abigail J., et Richard H.R. Harper. 2003. *The Myth of the Paperless Office*. MIT Press.

Sheller, Mimi, et John Ury. 2006. « The New Mobilities Paradigm ». *Environment and Planning D : Society and Space* 3 : 207-26.

Siblot, Yasmine. 2006. « “Je suis la secrétaire de la famille !” La prise en charge féminine des tâches administratives entre subordination et ressource ». *Genèses* (Paris) 64 (3) : 46-66.

Skeggs, Beverley. 2004. *Class, Self, Culture*. Routledge.

Smith, Dorothy E. 1974. « The Social Construction of Documentary Reality ». *Sociological Inquiry* 44 (4) : 257-68.

Smith, Dorothy E. 1987. *The Everyday World As Problematic : A Feminist Sociology*. UPNE.

Smith, Dorothy E. 2006. *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. Rowman & Littlefield.

Soulat, Francis. 1914. « Mon bureau : revue mensuelle, méthodes pratiques de direction, de travail et d’organisation… » *Mon Bureau*, mai.

Sparke, Penny. 2008. *The Modern Interior*. Reaktion Books Ltd.

Sparke, Penny. 2022. *Politiques Sexuelles Du Goût. As Long as It's Pink*. T&P Publishing.

Star, Susan. 2018. « L'ethnographie des infrastructures ». Traduit par Tiziana Beltrame et Ashveen Peerbaye. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, nº 35 : 35.

Star, Susan Leigh, (éd.). 1995. *Ecologies of Knowledge*. Suny Press.

STAR, SUSAN LEIGH. 1999. « The Ethnography of Infrastructure ». *American Behavioral Scientist* 43 (3) : 377-91.

Star, Susan Leigh, et James R. Griesemer. 1989. « Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects : Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 ». *Social Studies of Science* 19 (3) : 387-420.

Star, Susan Leigh, et Karen Ruhleder. 1996. « Steps Toward an Ecology of Infrastructure : Design and Access for Large Information Spaces ». *Information Systems Research* 7 (1) : 111-34.

Star, Susan Leigh, et Anselm Strauss. 1999. « Layers of Silence, Arenas of Voice : The Ecology of Visible and Invisible Work ». *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)* 8 (1) : 9-30.

Storseth, Oliver, Karen McNeil, Agnes Grudniewicz. 2025. « Administrative Burden in Primary Care : Critical Review ». *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien* 71 (6) : 417-23.

Strangleman, Tim. 2008. « Representations of Labour : Visual Sociology and Work ». *Sociology Compass* 2 (5) : 1491-505.

Strauss, Anselm. 1985. « Work and the Division of Labor ». *The Sociological Quarterly* 26 (1) : 1-19.

Strauss, Anselm L. 1978. *Negotiation : Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. Jossey-Bass.

Strauss, Anselm L., (éd.). 1985. *Social organization of medical work*. Transaction Publishers.

Strom, Sharon Hartman. 1992. *Beyond the Typewriter : Gender, Class, and the Origins of Modern American Office Work, 1900-1930*. University of Illinois Press.

Suchman, Lucille Alice. 1987. *Plans and Situated Action : The Problem of Human-Machine Communication*. Cambridge University Press.

Suchman, Lucy. 1995. « Making Work Visible ». *Communications of the ACM* 38 : 56-64.

Suchman, Lucy. 2000. « Making a Case : 'Knowledge' and 'Routine' Work in Document Production ». *Workplace Studies* 29.

Tagg, John. 2021. *The Burden of Representation. Essays on Photographies and Histories*. University of Minnesota Press.

Tanferri, Mylène, et Dominique Vinck. 2013. « Architecture de l'information : un terrain ethnographique en archives médicales ». *Études de communication. langages, information, médiations*, nº 4 : 41.

Tronto, Joan C. 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Traduit par Hervé Maury. La Découverte.

Vaujany, François-Xavier de, Pierre Laniray, Nathalie Mitev, et Emmanuelle Vaast. 2014. *Materiality and Time. Historical Perspectives on Organizations, Artefacts and Practices*. Palgrave Macmillan.

Vaujany, François-Xavier, et Nathalie Mitev. 2015. « Introduction au tournant matériel en théories des organisations ». Dans *Les théories des organisations*. Economica.

Wagner, Roy. 2016. *The Invention of Culture*. University of Chicago Press.

Wagon, Gwenola, et Stéphane Degoutin. 2022. « Le blanchiment des images ». *AOC media - Analyse Opinion Critique*.

Wajcman, Judy. 2019. « How Silicon Valley Sets Time ». *New Media & Society* 21 (6) : 1272-89.

Walzer, Susan. 2000. « Thinking About the Baby : Gender and Transitions Into Parenthood ». *Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago Press* 29 (2).

Weller, Jean-Marc. 1997. « Le guichet interactif. Ce que font les bureaucrates lorsqu'ils répondent au téléphone ». *Réseaux. Communication - Technologie - Société* 15 (8 :): 129-48.

Weller, Jean-Marc. 1999. *L'Etat au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*. Éditions Desclée de Brouwer.

Weller, Jean-Marc. 2012. « Comment ranger son bureau ? Le fonctionnaire, l'agriculteur, le droit et l'argent ». *Réseaux* (Paris) 171 (1) : 67-101.

Wilf, Eitan. 2016. « The Post-it Note Economy : Understanding Post-Fordist Business Innovation through One of Its Key Semiotic Technologies ». *Current Anthropology* 57 (6) : 732-60.

Winner, Langdon. 1980. « Do Artifacts Have Politics? » *Daedalus* 109 : 121-36.

Wittgenstein, Ludwig. 1998. *Philosophical Investigations/Philosophische Untersuchungen*. Traduit par G. E. M. Anscombe. Blackwell Publishers.

Witz, Anne, Chris Warhurst, et Dennis Nickson. 2007. « The Labour of Aesthetics and the Aesthetics of Organization ». *Organization* 10 (1).

Wood, Denis. 1992. *The Power of Maps*. Routledge.

Yates, JoAnne. 1993. *Control through Communication. The Rise of System in American Management*. John Hopkins University Press.

Ybema, Sierk, Dvora Yanow, Harry Wels, et Frans Kamsteeg (éd.). 2009. *Organizational Ethnography : Studying the Complexities of Everyday Life*. SAGE Publications Ltd.

Zaidi, Yasmin, et Winifred R.Poster. 2013. « Pink Collar ». Dans *Sociology of Work : An Encyclopedia*. SAGE Publications, Inc.

Zakharova, Irina, et Juliane Jarke. 2024. « Careful Data Studies : Or, What Do We See, When We Look at Datafied Societies through the Lens of Care? » *Information, Communication & Society* 27 : 651-64.

Zerubavel, E. 1979. « Private Time and Public Time : The Temporal Structure of Social Accessibility and Professional Commitments ». *Social Forces. a Scientific Medium of Social Study and Interpretation* 58 (1) : 38-58.

Zerubavel, Eviatar. 1985. *Hidden Rhythms : Schedules and Calendars in Social Life*. University of California Press.

Annexes

Documentation non-académique (articles de presse, littérature grise, textes de loi)

Texte de loi	Date
LOI n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (ou loi Kouchner)	4 mars 2022
Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison	20 juillet 2016
Norme ISO 15189 (2012) : Laboratoires de biologie médicale – Exigences concernant la qualité et la compétence	2012
ISO 15189 :2022 Laboratoires médicaux – Exigences concernant la qualité et la compétence	2022
Circulaire n° 275 relative à l'informatisation des hôpitaux publics	6 janvier 1989
Décret n° 2011-660 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière	14 ju :2011

Articles de presse	Auteur	Date
The Secretary Shortage	Time, n°14	8 avril 1957
L'ordinateur et la médecine	Le Monde	1966
« THE OFFICE : Rebel Secretaries »	Time, Vol. 99, n°12	20 mars 1972
SECRETARIES' POLL ON COMPUTERS	Anne Marie Schiro, New York Times	1983
Les personnels de Montluçon se sont mis au Dossier patient informatisé le 25 juin dernier	DSIH	25 septembre 2012
A Montpelliers, les dégâts de l'hôpital numérique	L'Obs	2013
Le choix du « zéro papier »	Espace Infirmier	15 août 2014
It's Time to End Secretaries Day. Why Administrative Professionals Day is patronizing and demeaning.	Alison Green pour US News	20 avril 2015
Faut-il changer le statut de l'hôpital public ?	Anne Gervais & André Grimaldi, pour Le Monde Diplomatique	26 mars 2017
The fax of life Why American medicine still runs on fax machines	Vox	12 janvier 2018

Articles de presse	Auteur	Date
« Comment délivrer le médecin de la paperasse ? »	Sophie Davaris, pour La Tribune de Genève	2 février 2018.
Medical students flummoxed by fax machines	Study International	12 février 2018
The Fax is not obsolete	The Atlantic	18 novembre 2018
La taperasse mine la santé	Santé Polémique, France Inter	27 novembre 2018
Paperasse, un poids qu'on peut alléger	Camille Roux, pour Le Quotidien du Médecin	7 décembre 2018
Les secrets d'une secrétaire	Une histoire particulière, France Culture	2018-2021
AP-HP : le dossier patient unique ORBIS® est désormais déployé dans les 39 hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	APHP	28 octobre 2019
Martin Hirsch, directeur de l'AP-HP, appelle à "mettre fin à la folie de la paperasse"	Le Journal du Dimanche	28 juin 2020

Articles de presse	Auteur	Date
Trop de paperasse, pas assez de temps pour soigner, des patients agressifs... les médecins béarnais interpellent Emmanuel Macron	France 3 Nouvelle Aquitaine	26 mai 2022
L'accélération numérique, faire de la France un leader en e-santé	gestions hospitalières	juin-juillet 2022
La mine d'or de l'e-santé	Le Monde Diplomatique	juillet 2022
La Cnam crée un département Télésanté et Innovation Numérique	L'Assurance Maladie	16 novembre 2022
Cyberattaques : faut-il avoir peur pour nos données ?	28 Minutes - ARTE	27 septembre 2022
Maincare accélère son engagement au service de la modernisation des SIH	DSIH	6 décembre 2022
Il faut accélérer l'arrivée d'outils mieux adaptés aux pratiques	Hospimedia	12 décembre 2022
La protection de l'identité, la nouvelle priorité des acteurs de santé	DSIH	19 décembre 2022

Articles de presse	Auteur	Date
La technologie sert les soignants pour une meilleure qualité de soin pour les patients	Economie Matin	2 janvier 2023
La sténo, l'écriture secrète des femmes	Arte Radio	10 janvier 2023
When AI Overrules the Nurses Caring for You	Wall Street Journal	15 juin 2023
Conditions de travail : le numérique, un allié ?	Directions, n°221	juillet 2023
Dossier « Santé : Les français enfin connectés ? »	Acteurs Publics	Mai-Août 2023
, « Mouvement de grève général à l'hôpital de Chartres »	Emmanuelle Senecharles, pour Le Parisien	11 janvier 2024
« "On est payée 90 euros en dessous du Smic" : les secrétaires médicales de l'hôpital Joseph-Ducuing sont en grève à Toulouse »	Paul Njomen, pour La Dépêche	19 juin 2024
Des secrétaires à huis clos. La vraie vie dans les bureaux	Christelle Avril et Céline Thoué, pour Panthère Première	Automne 2025

Littérature grise	Auteur	Date
Secrétaire, un métier qui s'est adapté à la généralisation de la bureautique	Dares, Premières Synthèses, n° 08.1	Février 2000
Norme ISO 15189 (2012) : Laboratoires de biologie médicale – Exigences concernant la qualité et la compétence	ISO	2012
Programme Hôpital Numérique, Boite à outils pour l'atteinte des pré-requis	Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)	octobre 2012
Cabinets médicaux : portrait statistique.	Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales (OMPL)	2014
Secrétaires – Portrait statistique des métiers (1982-2014).	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)	2015
Rapport de la Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain (Tome 1)	Assemblée nationale (Président : M. Alexandre FRESCHI ; Rapporteur : M. Philippe VIGIER)	19 juillet 2018

Littérature grise	Auteur	Date
Feuille de route du numérique en santé 2019-2022	Délégation du Numérique en Santé (DNS)	2019
Les employés : des professions largement féminisées	Virginie Forment, Joëlle Vidalenc, Insee Focus, n° 190	5 mai 2020
L'Atlas des SIH 2020. État des lieux des systèmes d'information hospitaliers	Atih	Novembre 2021
Référentiel socle et transversal de compétences, V1.2022	DNS	2022
ISO 15189:2022 Laboratoires médicaux – Exigences concernant la qualité et la compétence	ISO	2022
Rapport d'activité	CHU de Montpellier	2022
Les métiers en 2030. Rapport du groupe Prospective des métiers et des qualifications	France Stratégie & Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)	2022
DNS, Feuille de route du numérique en santé 2023-2027	Délégation du Numérique en Santé (DNS)	2023
La doctrine du numérique en santé	DNS	Février 2023
Cartographie des métiers de la fonction publique hospitalière – Occitanie	Anfh	2023

Littérature grise	Auteur	Date
Chiffres clés des métiers de la Fonction publique hospitalière	Anfh	2023
Rapport annuel sur l'état de la fonction publique	Ministère de la Fonction Publique, de la Simplification et de la Transformation de l'Action Publique	2024
Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – Édition 2024. Faits et chiffres.	Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP	2024
Données de santé : la CNIL rappelle les mesures de sécurité et de confidentialité pour l'accès au dossier patient informatisé (DPI)	Cnil	9 février 2024
Rapport national d'exploration. Travail et numérique en santé. Les effets des transformations numériques sur les conditions de travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux	Anact	février 2024
Etude prospective du métier de secrétaire médical(e)	Anfh	2025

Déroulement de l'enquête de terrain

Evénements	Lieu	Date
SantExpo	Parc des expositions, Paris	23 mai 2023
Formation des AMA lors du recrutement	CHU de Montpellier	14-15 septembre 2023
Journée nationale du numérique au service des secteurs social et médico-social	Malakoff	30 novembre 2023

Secrétariat hospitalier	Pôle hospitalier	Établissement	Date
Gérontologie	Gérontologie	CHU de Montpellier	9-13 octobre 2023
Urologie	EMMBRUN	CHU de Montpellier	23-24 septembre 2023,
Imagerie médicale	Urgences	CHU de Montpellier	6-10 novembre 2023
Génétique moléculaire	Biologie Pathologie	CHU de Montpellier	6-8 décembre 2023
UMCA	Pôle cœur Poumon	CHU de Montpellier	11-12 décembre 2023
UMIPPP	Psychiatrie, pedopsychiatrie et addictologie	CHU de Montpellier	15 janvier 2024
Psychiatrie – Ville 2	Psychiatrie, pedopsychiatrie et addictologie	CHU de Montpellier	16 et 19 janvier 2024
Dermatologie	Cancerologie, Medecine et Immunologie	CHU de Montpellier	24-26 janvier 2024
Urgences générales	Urgences	CHU de Montpellier	27-28 mai 2024
Vigilans	Urgences	CHU de Montpellier	21 mai 2024
Médecine légale	Urgences	CHU de Montpellier	23-24 mai 2024
Toxicologie	Urgences	CHU de Montpellier	21 juin 2024

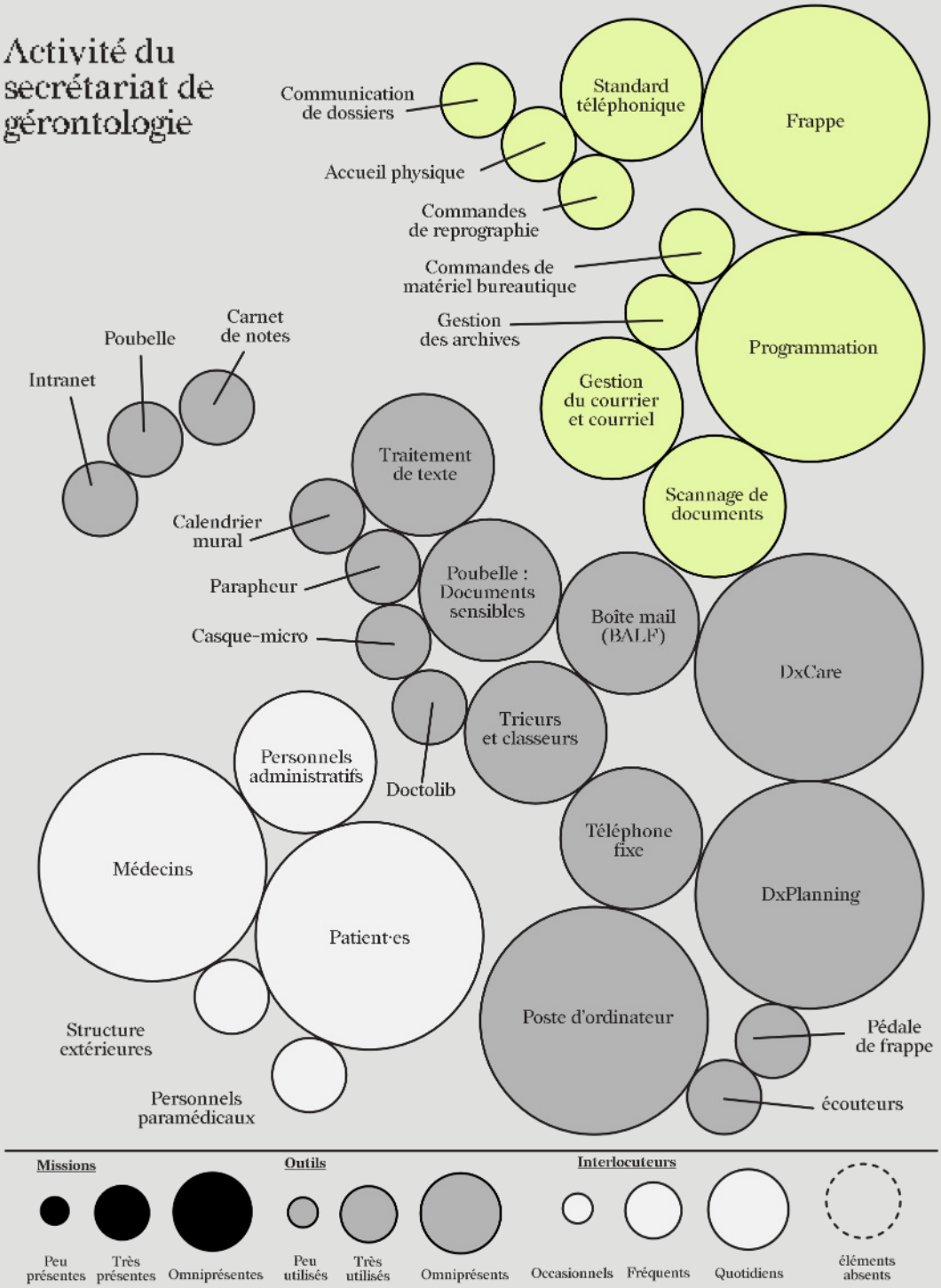
Prénom et nom	Fonction	Lieu	Date	Durée de l'entretien
Isabelle Jeanne	Coordonnatrice des secrétariats médicaux	Visioconférence	2 mars 2023	1h30
(anonyme)	Cadre des secrétariats	CHU de Montpellier	14 mars 2023	2h
Etienne Joubert	Chef de projets à l'Atih	Visioconférence	2 mai 2023	1h
Jean-Marc Pocard	Cadre de santé et référent DPI	Visioconférence	16 mai 2023	1h30
Matthieu Faure	Directeur de projets · Délégation au Numerique en Santé	Visioconférence	30 mai et 10 juillet 2023	30min + 45min
(anonyme)	Gérontologue	CHU de Montpellier	11 octobre 2023	30min
(anonyme)	Infirmière et aide-soignante	CHU de Montpellier	12 octobre 2023	30min
(anonyme)	Cadre administrative	CHU de Montpellier	13 octobre 2023	1h
(anonyme)	Responsable qualité du service de génétique moléculaire	CHU de Montpellier	8 décembre 2023	1h
(anonyme)	Cadre des secrétariats	CHU de Montpellier	13 décembre 2023	1h
(anonyme)	Cadre des secrétariats	CHU de Montpellier	17 janvier 2024	45min
(anonyme)	Coordinatrice des Technicien·nes de l'Information Médicale (TIM)	CHU de Montpellier	23 janvier 2024	2h
Danielle Ramirez	Représentante du personnel Force Ouvrière	CHU de Montpellier	22 mai 2024	1h

Prénom et nom	**Fonction**	**Lieu**	**Date**	**Durée de l'entretien**
(anonyme)	Chef de service de l'Institut Médico-légal	CHU de Montpellier	23 mai 2024	1h
(anonyme)	Cadre des secrétariats	CHU de Montpellier	28 mai 2024	1h
(anonyme)	Directeur de la direction numérique en santé et cybersécurité	Visioconférence	29 aout 2024	1h
Abderrahmane Malek Dris	Coordinateur pédagogique	Centre de formation La Croix Rouge – Grabels	20 juin 2024	1h30
(anonyme)	Responsable Service Relations Usagers & Responsabilité Hospitalière	CHU de Montpellier	20 juin 2024	1h
Véronique Veillon	Présidente de l'Association des Secrétaires Médicales et Référentes (ASMR)	Visioconférence	24 avril 2025	1h
Mickaël Eveno	Responsable connaissance clients à l'ANFH	Visioconférence	22 mai 2025	1h

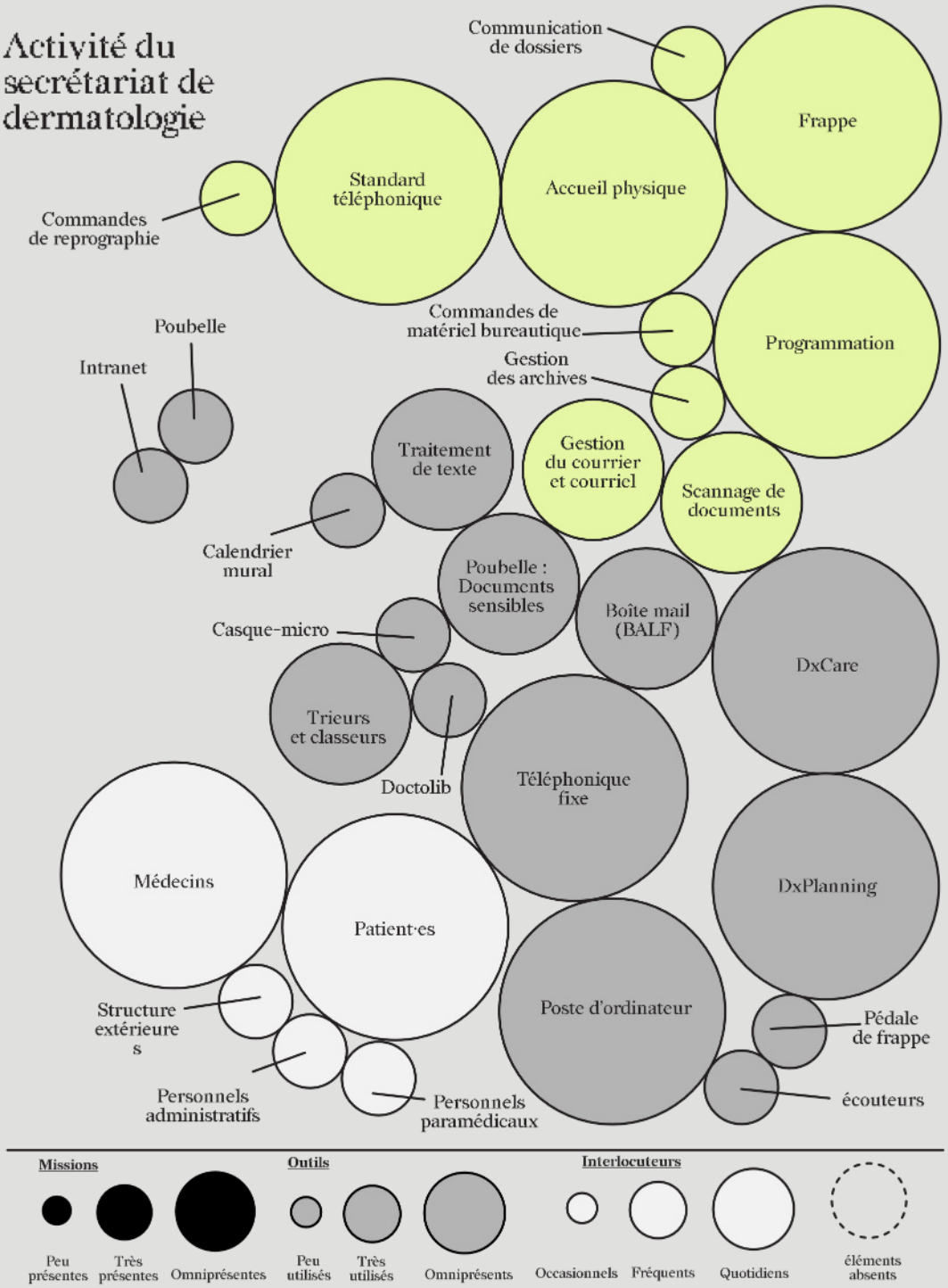
Analyse graphique de l'activité des secrétariats étudiés

Les représentations graphiques suivantes constituent une synthèse analytique réalisée à la suite de l'enquête de terrain. Pour chaque secrétariat, une fiche de synthèse permet de décrire les principales missions, outils et interlocuteur·ices identifiés et leur importance dans l'activité. La comparaison de ces douze fiches permet d'en produire des synthèses par mission (frappe, accueil et standard téléphonique, programmation, relation patient·e). Ces production graphiques ont permis d'identifier des récurrences et des divergences dans l'activité des secrétariats médicaux hospitaliers. Elles ont constitué des outils intermédiaires dans l'analyse des données d'enquête.

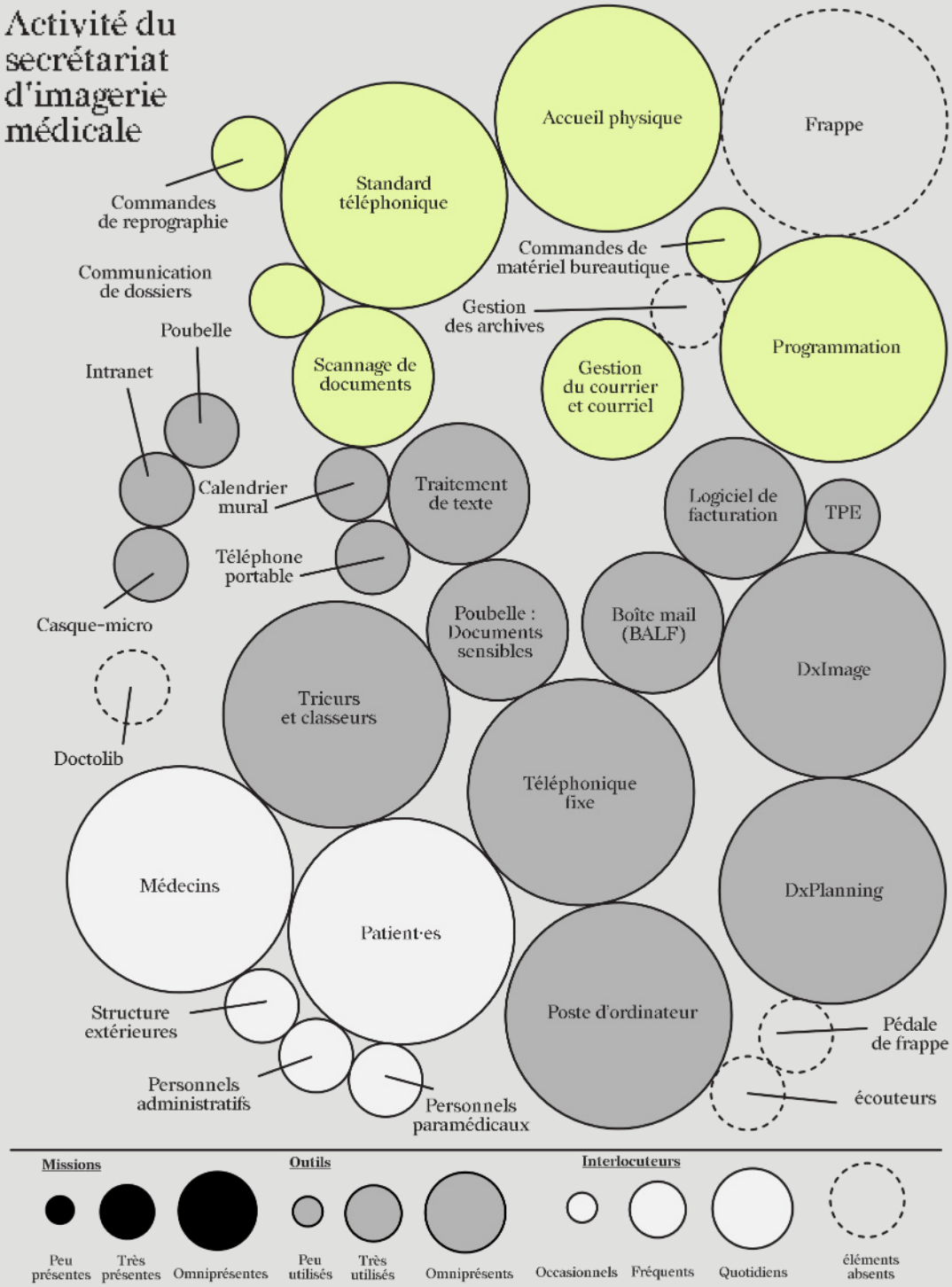
Activité du secrétariat de gérontologie



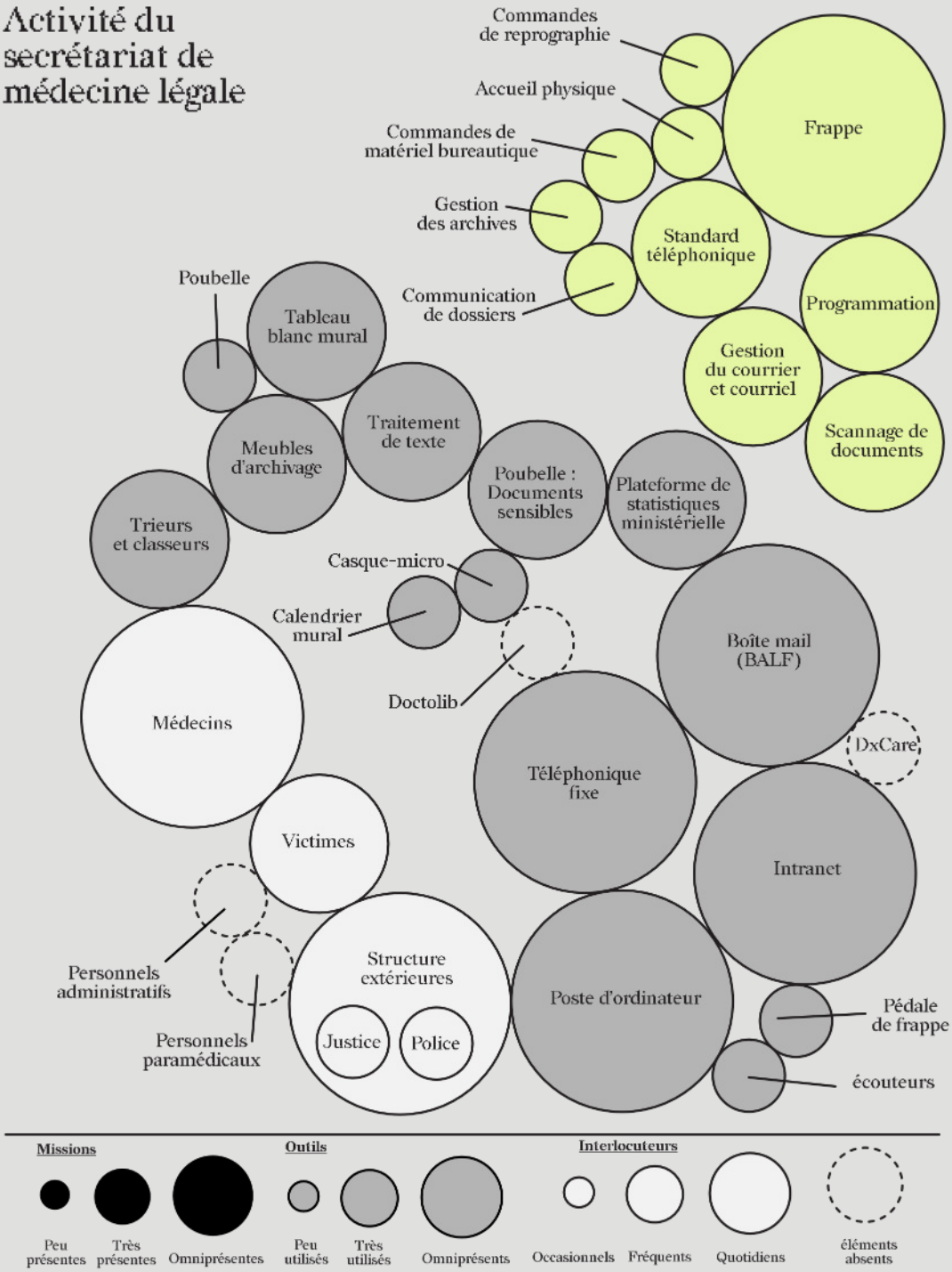
Activité du secrétariat de dermatologie



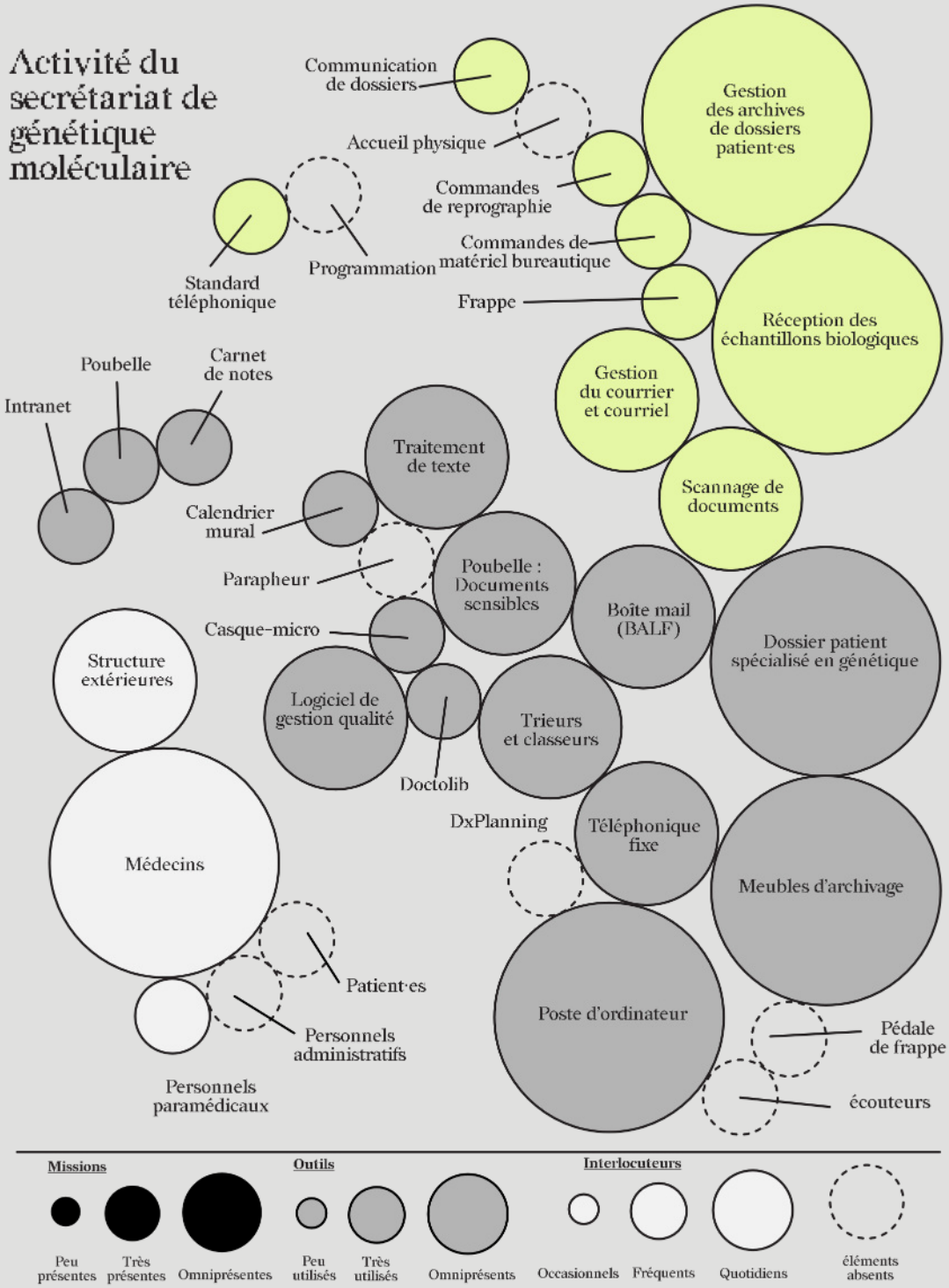
Activité du secrétariat d'imagerie médicale



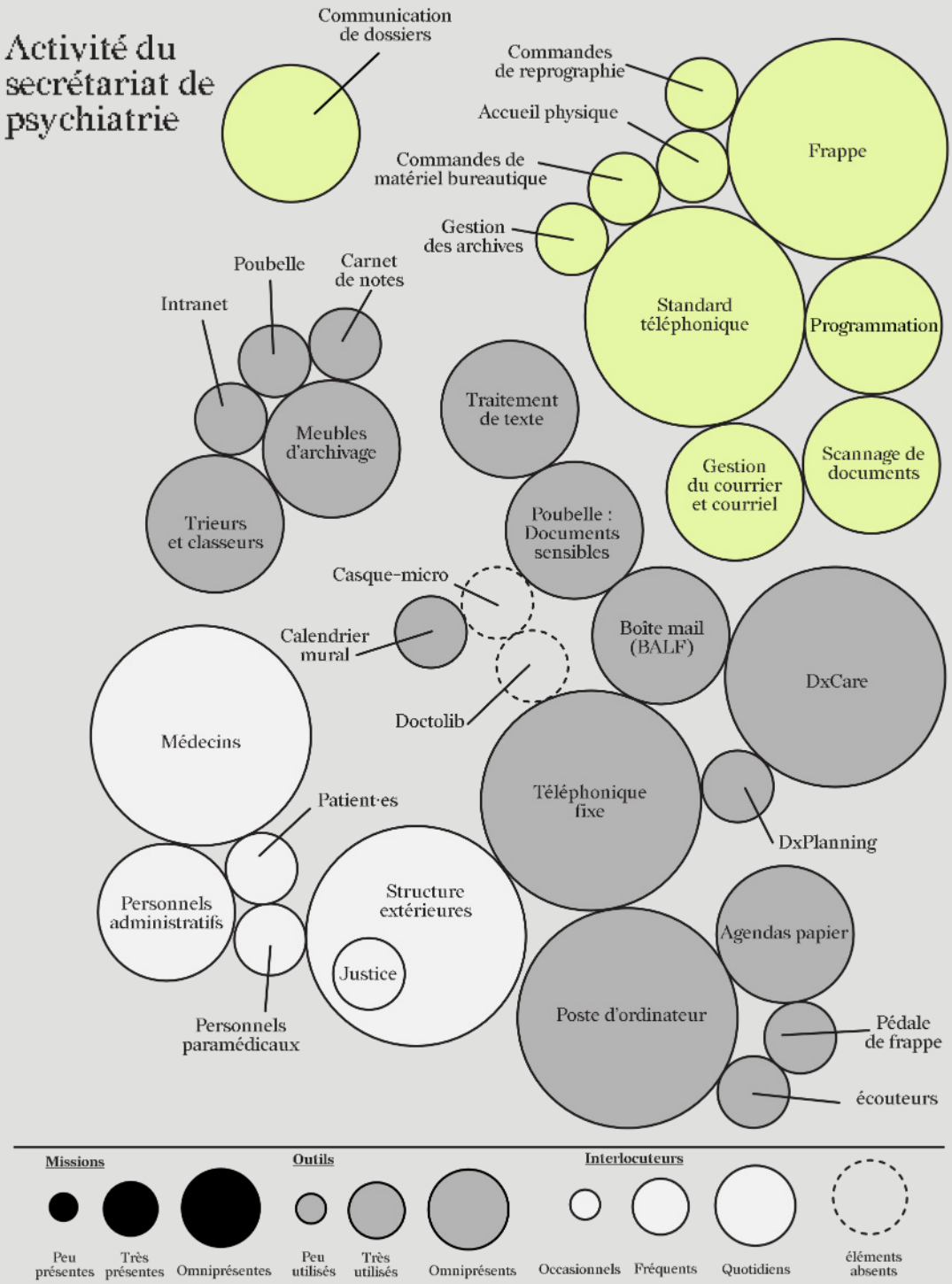
Activité du secrétariat de médecine légale



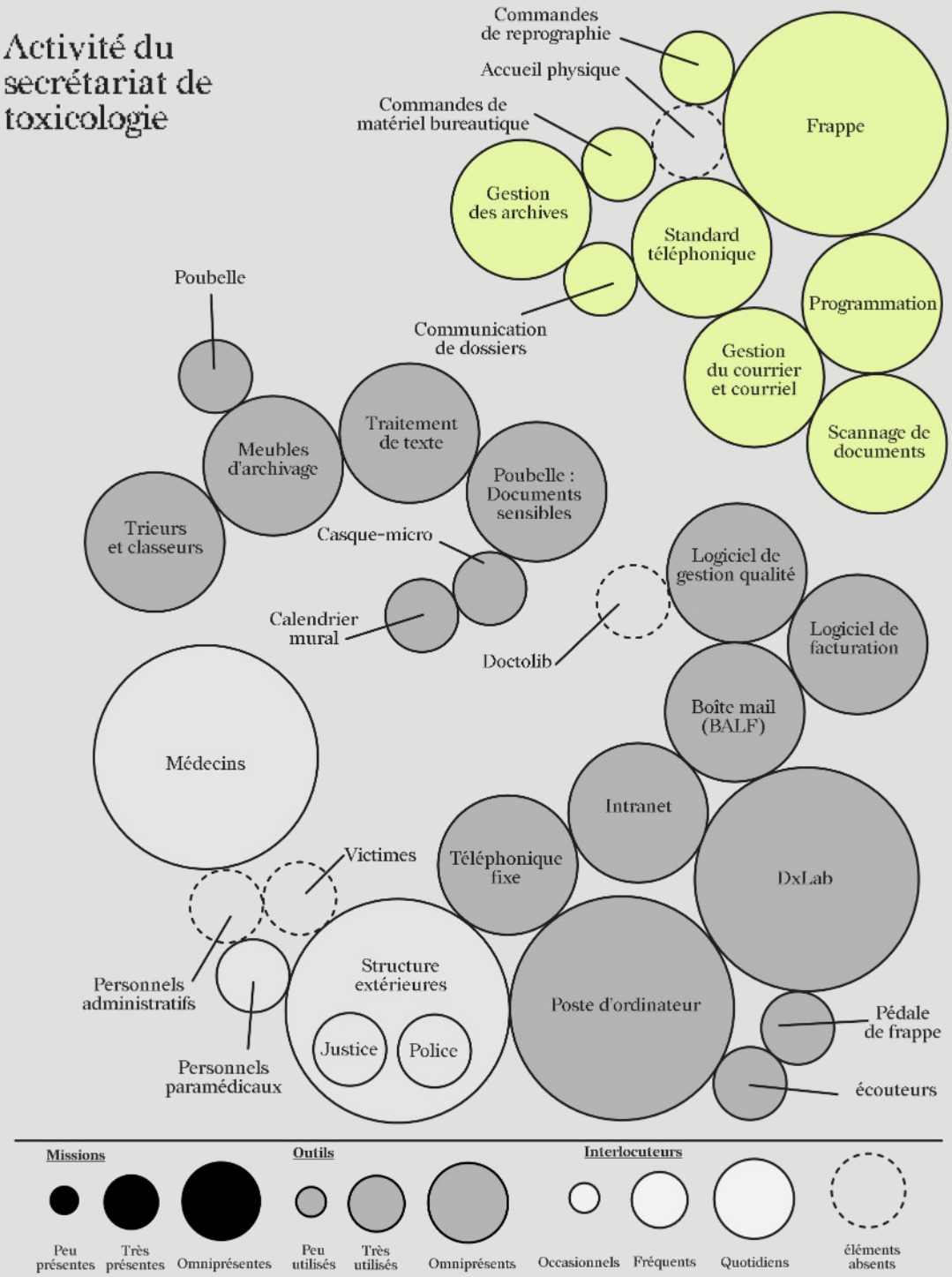
Activité du secrétariat de génétique moléculaire



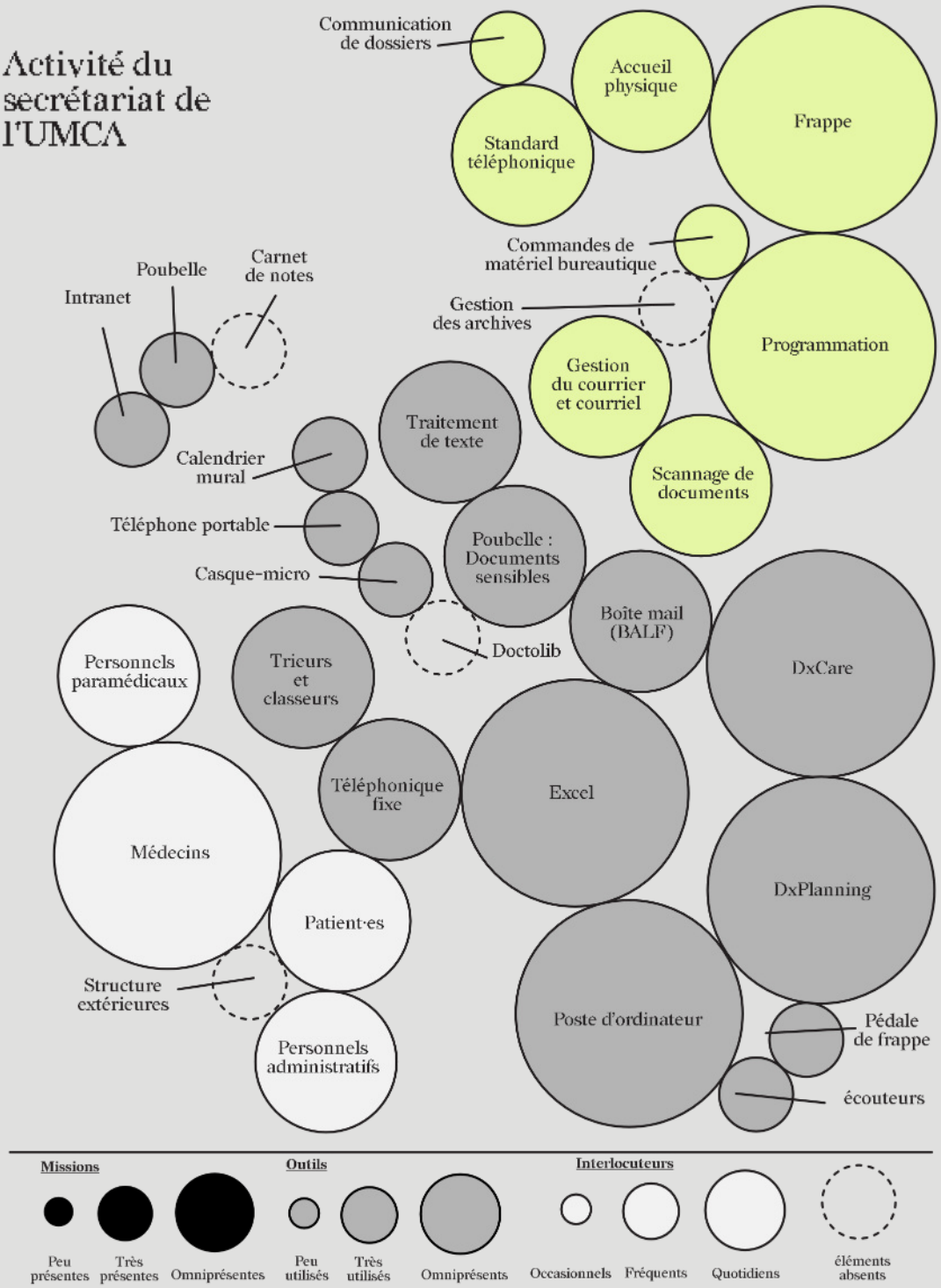
Activité du secrétariat de psychiatrie



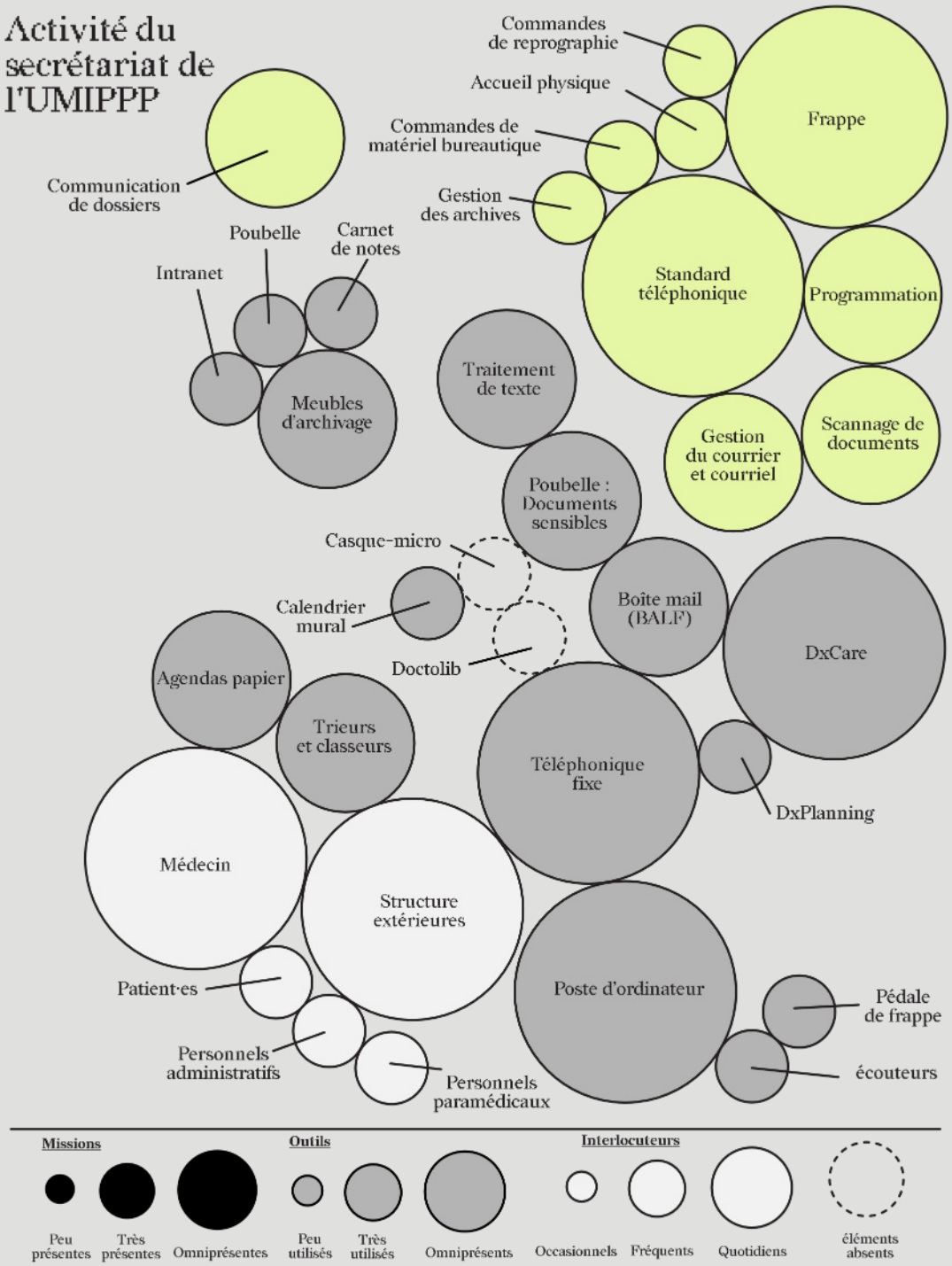
Activité du secrétariat de toxicologie



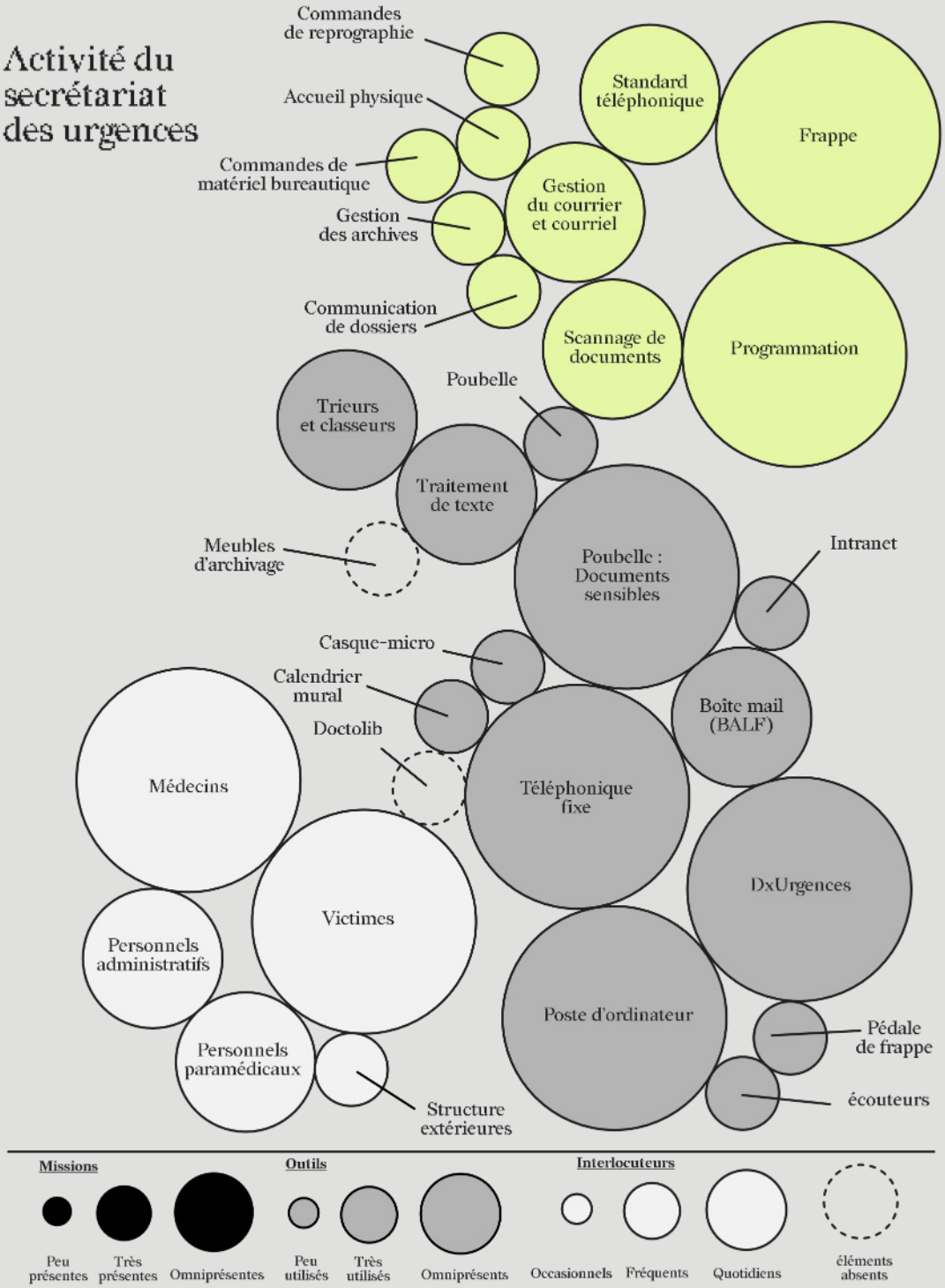
Activité du secrétariat de l'UMCA

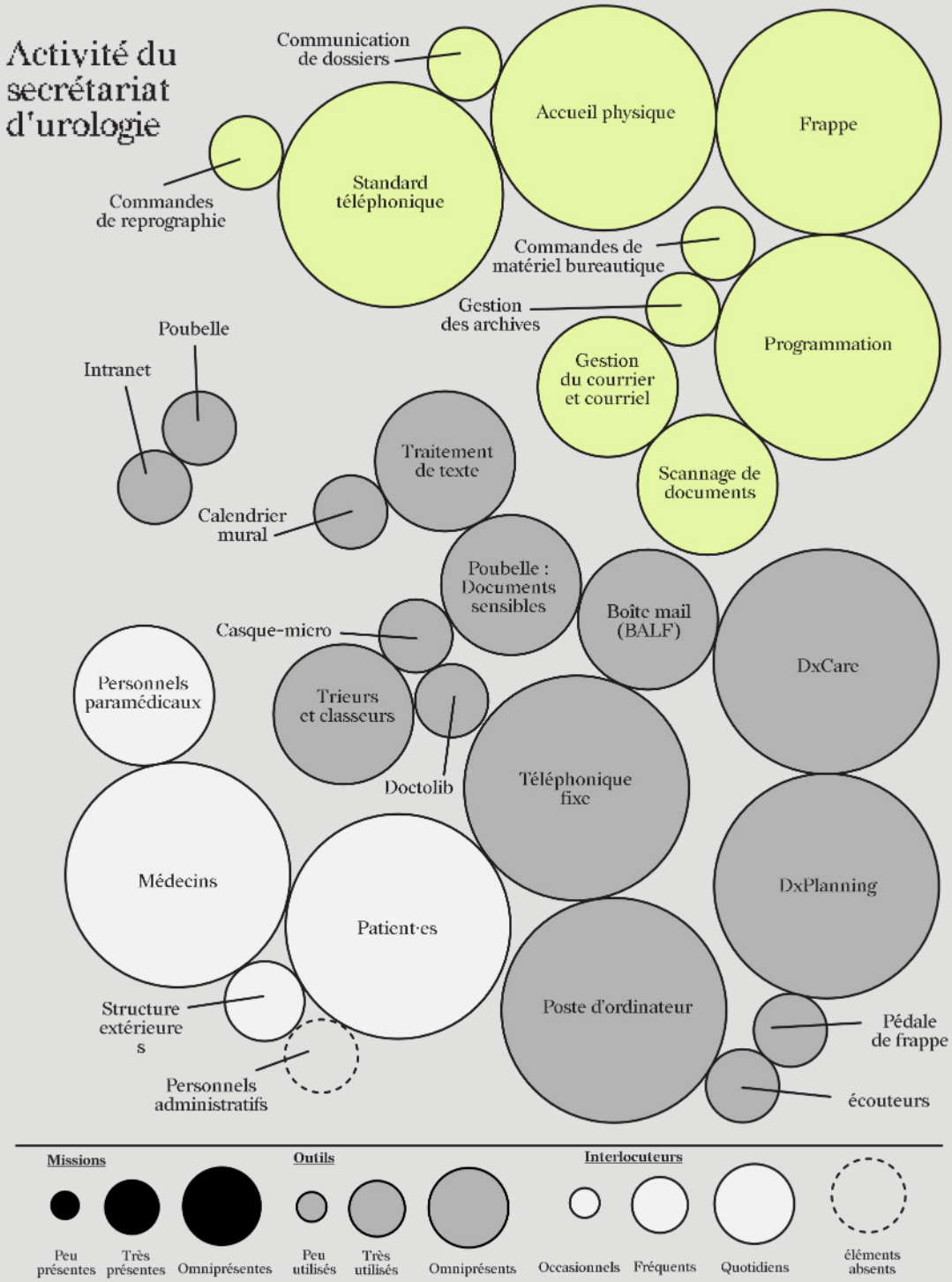


Activité du secrétariat de l'UMIPPP

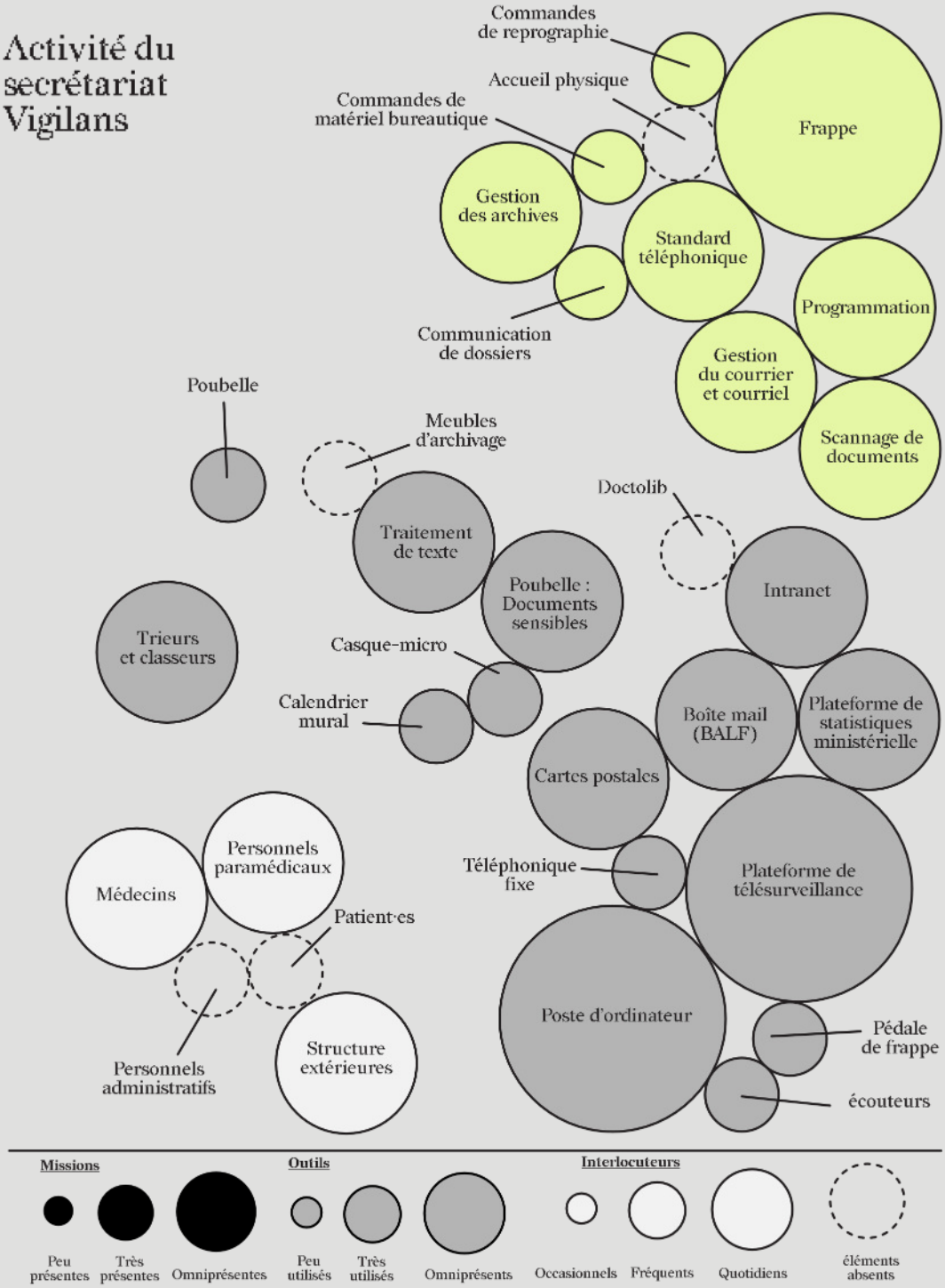


Activité du secrétariat des urgences

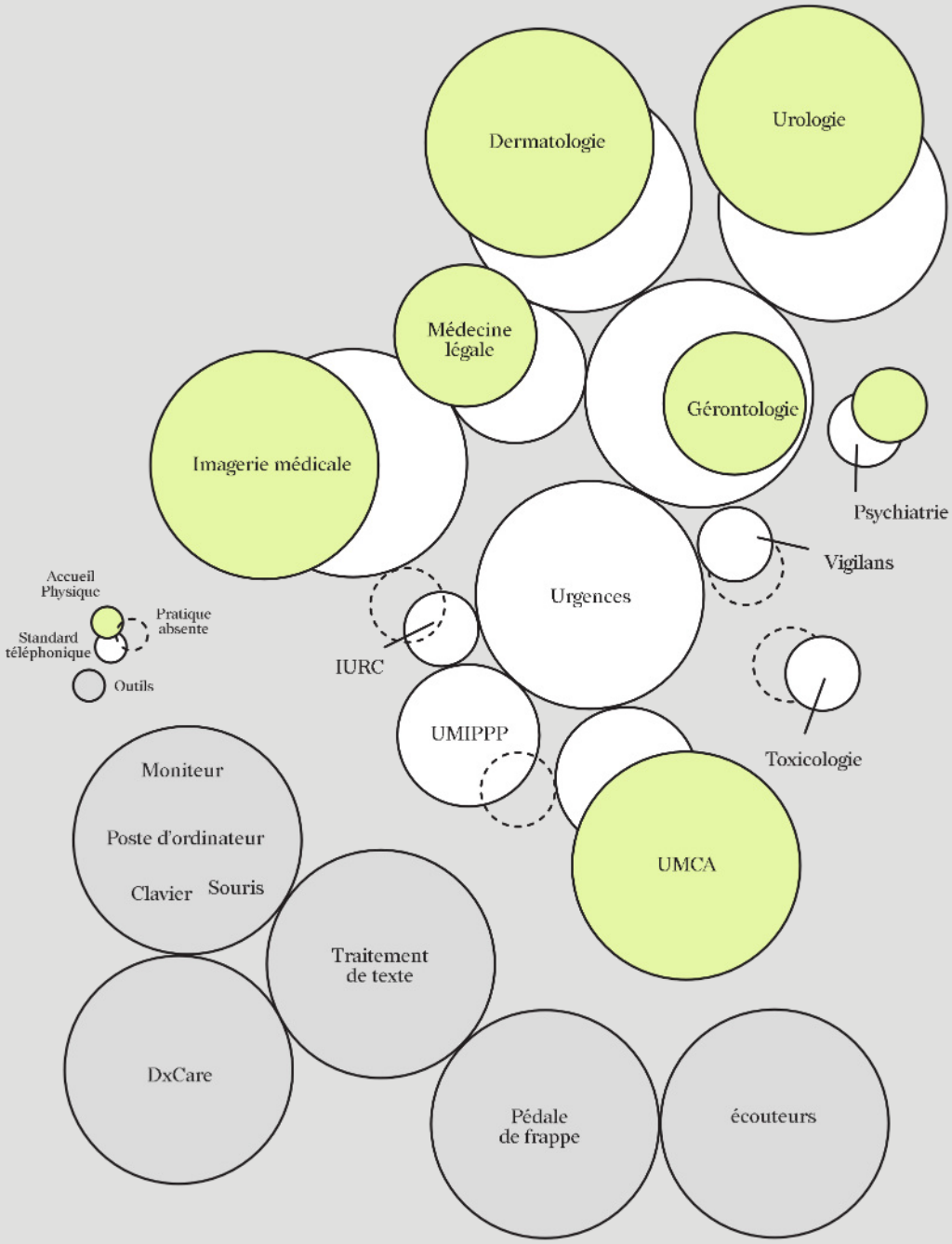



Activité du secrétariat d'urologie
Communication de dossiers
Accueil physique
Frappe
Standard téléphonique
Commandes de reprographie
Commandes de matériel bureautique
Gestion des archives
Programmation
Gestion du courrier et courriel
Scannage de documents
Poubelle
Intranet
Traitement de texte
Calendrier mural
Poubelle : Documents sensibles
Boîte mail (BALF)
DxCare
Casque-micro
Personnels paramédicaux
Trieurs et classeurs
Doctolib
Téléphonique fixe
Médecins
Patient·es
DxPlanning
Poste d'ordinateur
Structure extérieure s
Pédale de frappe
Personnels administratifs
écouteurs
Missions
Peu présentes
Très présentes
Omniprésentes
Outils
Peu utilisés
Très utilisés
Omniprésents
Interlocuteurs
Occasionnels
Fréquents
Quotidiens
éléments absents

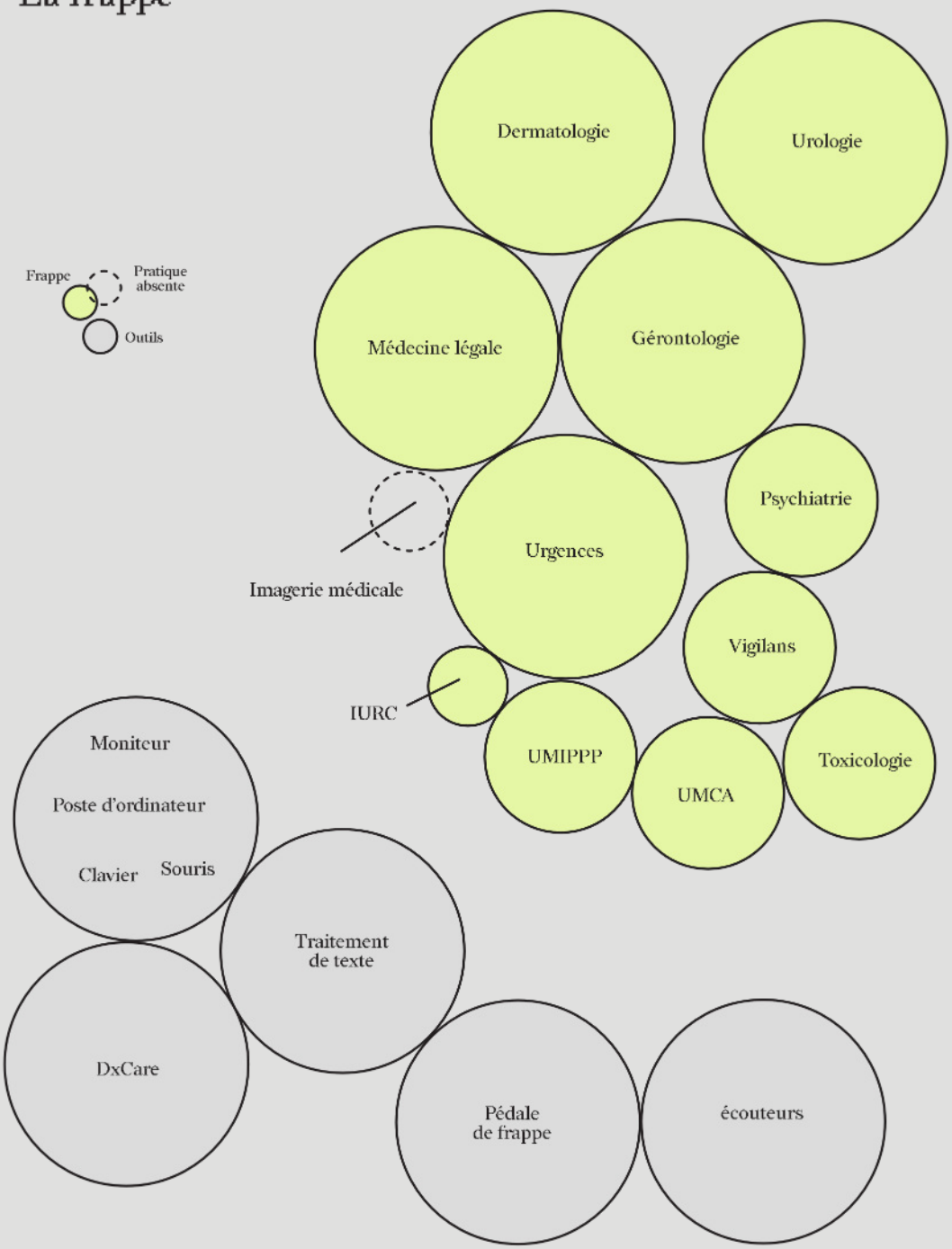
Activité du secrétariat Vigilans



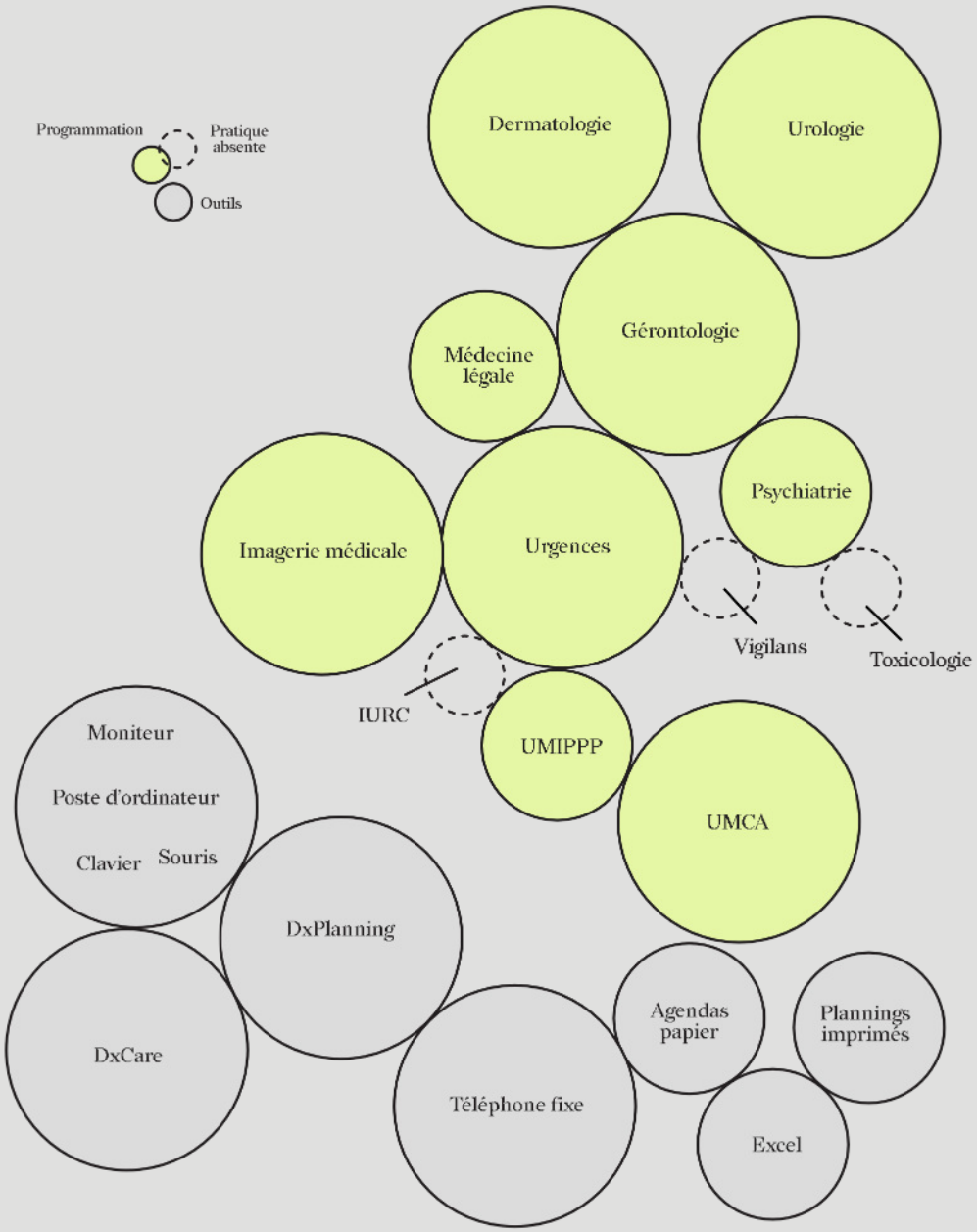
L'accueil et le standard téléphonique



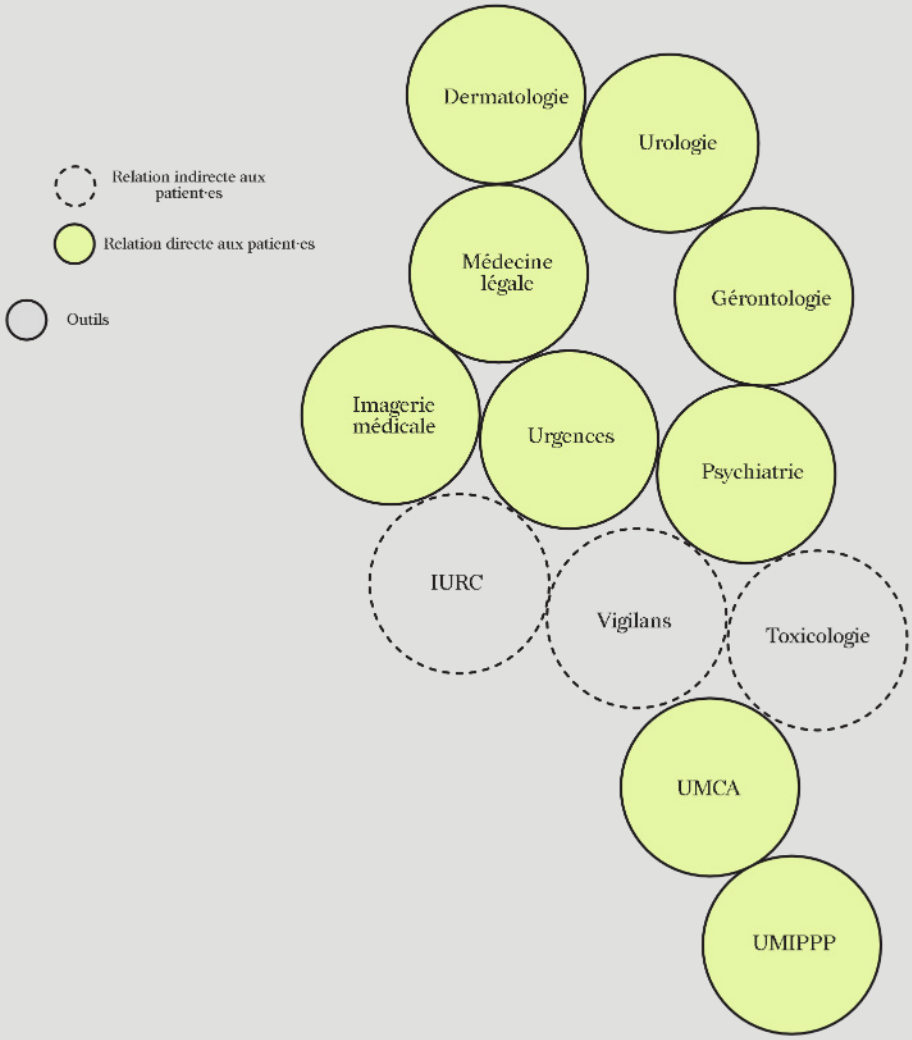
La frappe


Frappe
Pratique absente
Outils
Dermatologie
Urologie
Médecine légale
Gérontologie
Psychiatrie
Urgences
Imagerie médicale
Vigilans
IURC
UMIPPP
UMCA
Toxicologie
Moniteur
Poste d'ordinateur
Clavier
Souris
Traitement de texte
DxCare
Pédale de frappe
écouteurs

La programmation



La relation aux patient·es



Questionnaire socio-démographique

Le questionnaire, dont voici les résultats détaillés non synthétisés ci-après, a été adressé le 2 décembre 2023 aux secrétaires médicales rencontrées durant mon enquête. Sur 36 secrétaires médicales sollicitées, 28 d'entre elles ont rempli le questionnaire. Le questionnaire était anonyme.

ID	En quelle année êtes vous née ?	Dans quelle commune êtes-vous née ?	Dans quelle commune résidez-vous ?	Quel est votre nationalité ? (ou vos nationalités si vous en avez plusieurs) [Française]
2	1967	MONTPELLIER	CASTRIES	Oui
3	1973	MONTPELLIER	MONTPELLIER	Oui
4	1989	56	34170 Castelnau le lez	Oui
5	1987	mayenne	montpellier	Oui
6	1962	MONTPELLIER	BEAULIEU	Oui
7	1979	MONTPELLIER	LE TRIADOU	Oui
8	1969	Mayenne	Mèze	Oui
10	1969	MONTPELLIER	VACQUIERES	Oui
11	1978	Montpellier	Saint Mathieu de Tréviers	Oui
12	1977	Montpellier	ST Gély du Fesc	Oui
13	1975	Rennes	Fougères	Oui
14	1978	BAR LE DUC	MONTPELLIER	Oui
15	1987	Lyon	Montpellier	Oui
16	1995	NIMES	MONTPELLOER	Oui
17	1971	CAEN	34750	Oui
18	1986	Montpellier	Montpellier	Oui
19	1977	GIEN (45)	GIGEAN (34)	Oui
20	1971	cean	Villeneuve les Maguelone	Oui
21	1964	CHARTRES	SAINT MARTIN DE LONDRES	Oui
22	1979	MONTPELLIER	MONTPELLIER	Oui
23	1981	CARCASSONNE	GIGNAC	Oui
24	1973	SAINT FLOUR	PRADES LE LEZ	Oui
25	1974	BESANCON	CLAPIERS 34	Oui
27	1977	MONTPELLIER	PRADES LE LEZ	Oui
28	1978	RILLEUX LA PAPE (69)	ST MARTIN DE LONDRES (34)	Oui
29	1985	AUBERVILLIERS	MONTPELLIER	Oui
30	1993	Lille (59)	Montpellier (34)	Oui
32	1967	Montpellier	Montpellier	Oui

Quelle est votre situation matrimoniale ?					
[Célibataire]	**[En concubinage]**	**[Mariée]**	**[Divorcée]**	**[Veuve]**	**[Autre]**
Non	Non	Oui	Non	Non	
Oui	Non	Non	Non	Non	
Non	Oui	Non	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
N/A	N/A	Oui	N/A	N/A	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Oui	Non	Non	Non	
Non	Non	Non	Non	Non	séparée, en cours de divorce
Non	Oui	Non	Non	Non	
Oui	Non	Non	Non	Non	
Oui	Non	Non	Non	Non	
Oui	Non	Non	Non	Non	
Oui	Non	Non	Non	Non	
Oui	Non	Non	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Non	Non	Oui	Non	
Non	Oui	Non	Non	Non	
Non	Oui	Non	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Non	Oui	Non	Non	
Non	Oui	Non	Non	Non	
Non	Oui	Non	Non	Non	
Non	Non	Non	Non	Non	pacsé
Oui	Non	Non	Non	Non	

Avez-vous des enfants ? Si oui, préciser combien.			Quel est (ou était) la profession de votre mère ? (si vous en avez connaissance)	Quel est (ou était) la profession de votre père ? (si vous en avez connaissance)
[Oui]	[nombre]	[Non]		
Oui	1	Non	AGENT DE LYCEE	AGENT DE LYCEE
Oui	3	Non	coiffeuse	électricien
Non		Oui	Gestionnaire de patrimoine	Militaire
Oui	1	Non	femme au foyer	militaire
Oui	2	Non	CADRE CPAM	EMPLOYE MUNICIPAL
Oui	2	Non	secrétaire de direction	photographe
Oui	2	Non	mère au foyer	notaire associé
Oui	2	Non	ASSISTANTE MATERNELLE	COMMERCIAL
Oui	2	N/A	Adjoint Administratif Principal - secrétaire de direction	Cadre Responsable de Parkings Souterrains
Oui	3	Non	Secrétaire université des sciences	ferronnier
Oui	2	Non	aide à domicile	militaire
Oui	1	Non	Professeur de français latin	cadre technique chez EDF
Non		Oui	Mère au foyer	Cadre logistique en pharmaceutique
Non		Oui	couturière - aide ménagère	intermittent du spectacle
Oui	2	Non	SANS PROFESSION	CONTREMAITRE DANS LE BATIMENT
Non		Oui	Vendeuse en boulangerie	Agriculteur
Non		Oui	AUXILIAIRE DE VIE	CHEF DE CHANTIER GENIE CIVIL
Oui	2	Non	sans profession	contremaitre dans le batiment
Oui	3	Non	Secrétaire	Géomêtre
Oui	3	Non	CHAUFFEUR LIVREUR	CHAUFFEUR LIVREUR
Non		Oui	Exploitant Agricole	Exploitant Agricole
Oui	1	Non	SAGE FEMME	MANIPULATEUR DE RADIOLOGIE
Oui	3	Non	COIFFEUSE	EMPLOYE DE BANQUE
Oui		Non	AGENT PTT	AIDE SOIGNANT
Non		Oui	AGENT D'ENTRETIEN AU FOYER DE L'ENFANCE DU DEPARTEMENT DU VAL DE MARNE (RETRAITE)	CHEMINOT (RETRAITE)
Oui	2	Non	FEMME DE MENAGE	CHAUFFEUR DE TAXI
Non		Oui	Infirmière	Comptable
Oui	1	Non	Infirmière	Dessinateur industriel

Quel est votre statut au sein de la fonction publique ?			Quel poste occupez-vous actuellement ?		
[Contractuel]	[Titulaire]	[Autre]	[Adjointe Administrative]	[Adjointe administrative faisant fonction AMA]	[AMA]
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
N/A	Oui		N/A	N/A	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Non	stagiaire	Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Oui	Non
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Oui	Non
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Non	Oui
Non	Oui		Non	Oui	Non
Oui	Non		Oui	Non	Non
Oui	Non		Oui	Non	Non
Non	Oui		Non	Non	Oui

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de secrétaire médicale ? (y compris en dehors de l'établissement actuel)	Quelle est votre ancienneté dans l'établissement actuel ? (en nombre de mois ou d'années)	Quelle est votre ancienneté à votre poste actuel ? (en nombre de mois ou d'années)	Dans combien de services de votre établissement actuel avez-vous travaillé ?
37 ANS	11 ANS ET 8 MOIS	9 ANS	2
15 ans	14 ans	14 ans	ORL; ophtalmo, neurologie (en contrat CAE à l'époque), et dermato depuis mon recrutement donc soit 4 soit 1 selon que le CAE compte ou pas
11 ans	11 ans	11 ans	1 mais formée +/- aux autres services du pôle cœur poumons
6 ans	6 ans	6 ans	1
DEPUIS 1980	DEPUIS 1996	DEPUIS 1981	1 SEUL (PLUS AIDE AUTRES SERVICES)
trop longtemps !!! (23 ans°	23 ans	5 ans	5
30 ans	7 ans	7 ans	un seul
16	31	22 MOIS	5
25 ans	24 ans	6 ans	5
25	8	2	2
2006	18 ans	10 ans	deux (dont service de remplacement)
8 ans	8 ans	2 ans	9
7 ans	3 ans et demi	3 ans et demi	1
2016	2017	12 mois	2
8	7	7	2
13 ans et 9 mois	13 ans et 9 mois	2ans et 2 mois	4
19 ans	19 ans	17 ans	3
9 ans	8 ans	8 ans	3
14 ans	14 ans	14 ans	1
14 ANS	23 ANS	12 ANS	3
19 ANS	19 ANS	2 ANS ET 2 MOIS	7
20 ANS	27 ANS	20 ANS	3
2016	8 ANS ET DEMI	4	2
27	21	21	1
3 ANS	3 ANS	3 ANS	1
2009	18 MOIS	18 MOIS	1
4 ans	4 ans	4 ans	1
28 ans	28 ans	14 ans	5

Quel est votre temps de travail hebdomadaire ? (en nombre d'heures)	Quel est le montant de votre salaire brut mensuel ?	Avez-vous fait une reconversion professionnelle pour devenir secrétaire médicale ?	
		[Oui]	[Non]
35 HEURES	2653	Non	Oui
37h30	2250 environ en BRUT	Oui	Non
37,5H	1855	Non	Oui
35	1841	Non	Oui
7H30	2200	Non	Oui
80 %	1800	Non	Oui
36 heures	2067	Non	Oui
30	2288	Non	Oui
37,5h	2764,29€	N/A	Oui
37.5	2370	Non	Oui
37h30 (+ rtt)	2475	Oui	Non
26h15	1300	Oui	Non
37.5	2270	Oui	Non
35,5 par semaine	2300	Non	Oui
37,5	2249	Oui	Non
28h	2024,19	Non	Oui
HORAIRES VARIABLES 9H/J	2546	Oui	Non
8	2099	Oui	Non
35		Non	Oui
37h30	2067€	Oui	Non
35	2350	Non	Oui
37.5	2873	Non	Oui
35	2386	Oui	Non
80 %	2186	Non	Oui
35	2220	Oui	Non
35 HEURES	1801	Non	Oui
37H	2210	Non	Oui
31,5	2520	Oui	Non

Quels diplômes et concours avez-vous obtenus ?					
[Certification de secrétaire médicale]	**[Concours interne Adjoint administratif]**	**[Concours externe Adjoint administratif]**	**[Concours interne AMA]**	**[Concours externe AMA]**	**[Baccalauréat]**
Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
Non	Oui	Non	Non	Non	Oui
Oui	N/A	N/A	Oui	N/A	Oui
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui
Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Oui	Non	Non	Non	Oui	Non

		Si vous avez obtenu un certificat de secrétaire médicale, avec quel organisme l'avez-vous obtenu ?	
[Aucun diplôme]	**[Autre]**	**[La Croix Rouge]**	**[Autre]**
Non	BEP SECRETARIAT	Oui	
Non	CAP commerce	Oui	
Non	BTS MUC	Non	Educatel
Non		Non	cned
Non		Non	
Non		Oui	
Non		Non	
Non	BTS BUREAUTIQUE SECRETARIAT	Non	
N/A		Oui	
Non		Oui	
Non		Oui	
Non	licence Biochimie bac + 3 et bac 5 ingénieur d'affaires	Non	CNED
Non	master 2 psychologue du travail	Non	Pigier
Non		Oui	
Non		Non	pigier
Non		Non	Culture et Formation
Non	BEP SANITAIRE ET SOCIALE	Non	CARRIERES ET FORMATION
Non		Non	PIGIER
Non	MASTER 2 Biologie	Non	
Non	DPAS / BEP sanitaire et social / CAP petite enfatnce	Non	PIGIER
Non	+3 UNIVERSITE	Non	CNED
Non	BTS ENVIRONNEMENT	Non	
Non	BAC+4 COMMUNICATION	Oui	
Non		Oui	
Non		Non	AFPA
Non		Non	
Non		Non	PIGIER
Non	Maîtrise Droit international	Non	CNED