

# Quand l'insécurité numérique fait figure de résistance au changement organisationnel

Luc Bonneville<sup>\*</sup>, Sylvie Grosjean<sup>\*\*</sup>

## Résumé

Prenant appui sur des exemples tirés de nos propres recherches, nous proposons dans ce texte une ré-interprétation d'un ensemble de comportements spécifiques face à l'ordinateur et aux TIC qui sont depuis longtemps, si l'on suit l'histoire de la pensée managériale sur le sujet, associés à des comportements de résistance au changement. Nous mettons en jeu l'hypothèse selon laquelle ces comportements seraient plutôt la manifestation d'une insécurité devant être considérée sous l'angle d'un ensemble de stratégies individuelles ou collectives qui sont autant de façons pour les acteurs de maîtriser leurs environnements de travail (au sein duquel les TIC sont omniprésentes) et de gérer leurs différentes relations sociales et interpersonnelles en milieu de travail.

**Mots-clés :** TIC, changement, organisation, équivocité.

## Summary:

Based on examples drawn from our own research, this text offers a reinterpretation of a compilation of specific behaviours about computers and ICT, that have long been, if one follows the history managerial thought on the subject, associated with behaviours symptomatic of resistance to change. We put into play the hypothesis that these behaviours are rather the expression of an insecurity which must be considered from the perspective of a combination of individual and collective strategies that equally enable actors to master their work environment (where ICT are omnipresent/pervasive) and to manage their divers social and interpersonal relationships in the workplace.

**Key words :** ICT, change, organization, equivocality.

---

\* Professeur, Département de communication, Université d'Ottawa, [luc.bonneville@uottawa.ca](mailto:luc.bonneville@uottawa.ca)

\*\* Professeure, Département de communication, Université d'Ottawa, [sylvie.grosjean@uottawa.ca](mailto:sylvie.grosjean@uottawa.ca)

## **1. Introduction**

Depuis plus de vingt ans, les technologies de l'information et de la communication (TIC) occupent une place grandissante dans les organisations et ont conduit à de nombreux changements. Cette dynamique complexe a débouché sur l'émergence d'une certaine forme d'insécurité, « numérique », qui se manifeste chez l'individu-travailleur, confronté quotidiennement non seulement à l'utilisation des TIC, mais à un « devoir » d'utilisation de ces dernières qui est prescrit par des normes appartenant à des logiques qui lui échappent très souvent. Cette insécurité témoigne bien d'un certain inconfort face aux TIC, face à la technique en tant que telle, malgré les promesses qu'on lui a attribuées dans de nombreux discours qui se sont construits depuis les années soixante-dix (Bonneville, 2003). Pourtant, dans de nombreux travaux et discours « optimistes », on a considéré ce comportement d'insécurité sous l'angle d'une double résistance : tantôt face au changement organisationnel, tantôt face au changement technologique. Se pourrait-il, toutefois, que ces diverses formes de résistance interprétées comme un refus d'utilisation des TIC soient plutôt le reflet d'un malaise psychosociologique ressenti à l'égard d'une certaine vulnérabilité des TIC en tant que telle ?

Deux questions doivent alors être soulevées : 1) Est-ce que ces formes de « résistance » au changement ne pourraient-elles pas être l'expression d'une insécurité numérique beaucoup plus complexe que ne le laissent croire la plupart des discours ? ; et 2) ces formes de « résistance » au changement ne seraient-elles pas des stratégies individuelles et/ou collectives visant à réduire, contrôler, l'insécurité numérique, consécutive d'un ensemble d'usages quotidiens construits par l'individu-travailleur ne serait-ce que pour conserver son pouvoir d'agir ?

C'est justement ce que nous proposons d'aborder dans le cadre de cette conférence. Pour ce faire, nous aborderons le concept d'insécurité numérique en interrogeant le rapport qu'entretiennent les travailleurs aux TIC et, plus précisément, aux données numériques dans leurs pratiques quotidiennes. Nous verrons ainsi quels sont les modes d'expression de cette insécurité numérique dans le contexte du processus d'informatisation des organisations, notamment à partir des recherches que nous menons dans le secteur de la santé. L'effort consistera à montrer, éventuellement par la mise en jeu de quelques hypothèses clés, que cette insécurité numérique se traduit par certaines stratégies mises en œuvre par les acteurs qui sont autant de façons de maîtriser leurs environnements de travail (au sein duquel les TIC sont omniprésentes) et de gérer l'équivocité de la situation (Weick, 2001a) qui ne peuvent uniquement se réduire à de la simple résistance.

## **2. L'informatisation des organisations : de la « résistance au changement » à « l'insécurité numérique »**

### **2.1. Informatisation des organisations de soins et logiques d'implantation : un point de départ**

Pour bien comprendre le contexte dans lequel la résistance au changement de même que l'insécurité (numérique) se posent dans les organisations de soins, il importe ici de rappeler les grandes logiques d'implantation des TIC à l'œuvre dans le secteur de la santé.

Dans deux articles précédents, nous avons analysé les logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé au Québec (Canada) (Grosjean et Bonneville, 2007 ; Bonneville et Grosjean, 2007). En nous appuyant sur les résultats de recherches menées au cours des dernières années, nous avons identifié deux logiques d'implantation des TIC dans les organisations de soins : une logique *technico-économique* et une logique *médico-intégrative*.

La première logique, technico-économique, repose sur un impératif productif lui-même fondé sur l'idée d'une rationalisation des pratiques médicales. Généralement portée par les décideurs, cette logique attribue aux TIC la capacité, en elles-mêmes, de réduire les coûts du travail médical par une augmentation de la productivité des professionnels de la santé. L'une des dimensions fondamentales de cette logique consiste à concevoir et implanter les TIC de façon à ce que celles-ci restructurent le travail médical autour de normes de travail administrativement planifiées. On veut ainsi que les professionnels de la santé se conforment, voire se soumettent, à ce qui est déjà prévu, conçu, calculé, planifié, standardisé, opérationnalisé, comme tâches à accomplir dans un temps donné. Ce qu'on pourrait ici considérer comme un contrôle accru de leur travail quotidien (Bonneville, 2005a et 2005b). Cette logique relève, pour une part importante, d'une vision tayloriste du travail médical rendue possible par le recours aux TIC, lesquelles permettent une intensification du travail médical découlant d'une planification des tâches à distance qui font ainsi des professionnels de la santé de simples exécutants.

Cette logique repose aussi sur une approche « technocentrée » (Rabardel, 1995), de type substitutive. En effet, dans le cadre d'une recherche menée au sein d'un service de coordination des urgences 911 (Grosjean *et al.*, 2005-2007), nous retrouvons cette logique top down dans la conception et l'implantation de systèmes informatiques visant notamment à appuyer la tâche des répartiteurs d'urgence (ceux-ci doivent affecter les véhicules ambulanciers sur les appels d'urgence et gérer le déploiement des ressources disponibles). En effet, pour répondre à des exigences de productivité (notamment en termes de réactivité et de rapidité des décisions), la direction de l'organisation valorise l'informatisation du poste de travail des répartiteurs (notamment en développant de nombreux outils technologiques visant à supporter leur activité cognitive et à les aider dans leur prise de décision). Nous avons alors constaté que la logique de conception et d'implantation de ces technologies repose sur une vision « technocentrée » visant prioritairement la cohérence interne du système et son adéquation avec des exigences organisationnelles et structurelles, sans se préoccuper d'intégrer les connaissances et pratiques des divers utilisateurs (Grosjean, Grégori, Brassac, 1996 ; Grosjean, 2006).

La seconde logique, médico-intégrative, est plutôt, elle, fondée sur un impératif créatif (Cardon et Licoppe, 2000). Dans le cadre des recherches menées par Bonneville (2003, 2005b et 2006), nous constatons, à l'inverse des objectifs opérationnels<sup>1</sup> qui prévalent au sein même de la logique technico-économique ci-haut résumée, que les professionnels de la santé pensent que les TIC peuvent et doivent s'intégrer à leur pratique quotidienne afin d'améliorer leur efficacité clinique et thérapeutique (Bonneville, 2003). Ici, les TIC sont considérées comme des outils pouvant appuyer, au gré des usages qui en sont faits, le travail médical quotidien, à condition qu'elles soient considérées sous l'angle de la possibilité non pas uniquement de rationaliser le travail médical en soi, mais plutôt d'améliorer la qualité de la prise en charge

---

<sup>1</sup> Parler d'objectifs opérationnels renvoie au fait de concevoir et implanter des systèmes qui régissent la pratique quotidienne des professionnels de la santé afin de la rendre plus productive et d'augmenter leur rapidité et capacité d'intervention.

des patients. Par conséquent, plutôt que d'être un instrument clé soutenant prioritairement, c'est-à-dire d'abord et avant tout, des objectifs de réduction des coûts du travail médical (conformément à la logique technico-économique), les professionnels de la santé pensent que les TIC peuvent conduire à une meilleure organisation du travail elle-même fondée sur une meilleure offre de services de soins. Pour ce faire, les professionnels de la santé affirment que les TIC doivent être implantées au service de leur travail, de façon à éviter les nombreux effets pervers de la logique technico-économique (qui pourtant prévaut dans la plupart des projets télé-médicaux) et qui conduisent à de nombreux problèmes d'usages (Bonneville et Grosjean, 2007) voire d'inadéquation avec la finalité même de leur travail quotidien (Bonneville, 2003 et 2006). Cela nous conduit ainsi à penser que les TIC devraient être mises en place suivant une logique de complémentarité, de négociation et non de substitution, d'imposition (Grégori, 1999 ; Carré et Lacroix, 2001). Ainsi, les TIC sont considérées comme un instrument non pas de substitution technique du travail vivant médical (en terme d'intensification) – ce qui n'est toutefois pas incompatible comme nous l'avons évoqué plus haut – mais comme un moyen additionnel et complémentaire de soutien pour les professionnels de la santé, c'est-à-dire un moyen d'amélioration de la qualité des services de soins offerts aux patients, dans un souci de bien-être comme dirait Gadrey (2001).

Ce court détour, synthétique, vers les logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé permet d'envisager la gestion du changement organisationnel sous un angle résolument complexe, où l'intérêt pour les organisations ne réside pas tant dans l'objet du changement en soi (les TIC) que dans les acteurs eux-mêmes qui vivent ce même changement. Aussi l'appropriation des TIC demeure l'enjeu fondamental des organisations, face au constat d'une tension prenant justement sa source dans la coexistence d'un impératif productif et d'un impératif créatif au sein des organisations de soins (Grosjean et Bonneville, 2007).

## **2.2. Une vision déterministe sous-jacente au concept de « résistance »**

La montée fulgurante des innovations technologiques dans les organisations a posé comme nécessaire l'élaboration de stratégies du changement, quelque soit la forme que ce dernier prend. Le « diktat du progrès », ou l'idéologie qui est en amont, a tôt fait de rendre inévitable le management du changement, tant au niveau de l'organisation en tant que telle (prise comme un système, la plupart du temps), qu'au niveau des individus-travailleurs (qui subissent ou participent au changement). Les organisations sont à la recherche de la performance la plus élevée possible, dans un contexte marqué par une compétitivité accrue et un culte de l'excellence (De Gaulejac, 2005). Dans ce contexte, l'innovation technologique est considérée par les optimistes de la technologie comme nécessaire, incontournable, inéluctable (Bonneville, 2003). La technologie, suivant cette vision, conception, est considérée comme « bonne » en soi, et possède en elle-même la capacité d'augmenter la performance globale des organisations qui en saisissent les opportunités. Ainsi, il n'est guère étonnant de constater que les acteurs qui se réclament de cette vision, nettement fonctionnaliste, aient considérés le comportement de tout individu qui ne s'appropriait pas la technologie dans le sens souhaité, prévu et calculé, comme une anomalie. Une anomalie ayant un impact direct sur le fonctionnement global de l'organisation, qui appelait aussitôt une solution. C'est que le concept même de changement, dans son acceptation la plus simple, commande automatiquement son opposé qui est « l'inertie », la résistance (Teneau, 2006, p. 39), choses considérées comme péjoratives dans les sociétés industrielles où le « progrès » se conjugue avec la « croissance » (économique) elle-même fortement connotée à l'idée d'un mouvement. Or ne pas suivre le changement, c'est automatiquement se mettre en marge d'une chose – le changement – qu'on (les gestionnaires, chefs d'organisation, décideurs, promoteurs

de nouvelles technologies, etc.) considère a priori comme étant souhaitable, « bonne », prometteuse, etc. Comme l'indiquent si bien Collerette *et al.*, « le phénomène de la résistance au changement est probablement la bête noire de tout ceux qui véhiculent des idées de changement. Pour celui qui mène le projet de changement, les résistances sont habituellement synonymes d'hostilité, d'intrigue, de délais, de polarisation, de conflits, d'impatience, etc. » (1997, p. 13).

D'ailleurs, l'étymologie du terme de « résistance », comme l'indique Teneau (2006, p. 45) en référence au Dictionnaire Latin-Français (Hachette, F. Gaffiot, 1985), est la suivante : *resistere*, *resisto* correspondent à l'action de « s'arrêter, ne pas avancer davantage, se tenir ferme, retrouver son aplomb, se tenir en face ». Que ce terme soit maintenant utilisé, galvaudé même, dans la très grande majorité des ouvrages en management, est selon nous significatif de la conception largement qui domine à l'égard du changement organisationnel et des obstacles qui se posent éventuellement. Teneau est justement allé plus loin en retraçant quelques définitions clés, tirées de grands dictionnaires bien connus, du terme de « résistance ». Nous les avons condensées dans ce petit tableau :

Tableau 1 : Quelques définitions lexicographiques du terme de résistance (Teneau, 2006, p. 45)

Robert pour tous, juillet 1994.	Ce qui s'oppose à la volonté, action par laquelle on essaie de rendre sans effet une action dirigée contre soi.
Le grand Robert de la langue française, novembre 2001.	Obstacle, frein.
Le Robert dictionnaire de la langue française, octobre 1989.	Capacité variable de résister, d'annuler ou de diminuer l'effet d'une force, d'une action subie.

Suivant ces définitions du terme de « résistance », terme devenu concept dans la terminologie et le jargon du management, on conçoit ainsi l'individu qui n'accepte pas de plein gré le changement organisationnel, comme étant un résistant, c'est-à-dire un déviant à qui on collera l'étiquette, de façon implicite ou explicite, de marginal. Ce qui dès lors pose cette résistance comme un problème, un problème à résoudre et auquel se greffent différentes solutions qui sont en fait les stratégies de gestion du changement organisationnel. Ainsi, comme le souligne encore une fois Teneau, la résistance des individus au changement est d'office considérée comme une maladie : « La résistance au changement est la plupart du temps traitée dans les termes d'une maladie devant être soignée. À ce titre, il s'agirait presque d'une déviance organisationnelle, d'un véritable 'détournement' d'efficience ». (Teneau, 2006, p. 39). Les stratégies de gestion du changement organisationnel orientées vers le management des résistances sont nombreuses et diversifiées et il serait trop long ici d'en faire état, ce qui de toute façon ne constitue pas l'objet de ce présent texte. Cependant, nous devons noter en lien avec ce que nous venons d'évoquer un peu plus haut que toute « bonne » stratégie repose très souvent, ou s'en inspire à tout le moins, sur la vision développée par Lewin qui est l'un des premiers psychologues à s'être penché sur la gestion du changement organisationnel. Lewin (1968) a justement pensé le changement par analogie avec ce qui passe en chimie lorsqu'un composé se transforme : il y a 1) la décristallisation (dégel) ; 2) le mouvement ; et 3) la recristallisation (le regel) (Collerette et Délisle, 1982, p. 27).

On voit donc, très clairement derrière ces conceptions, une vision fonctionnaliste de l'organisation et du changement où les obstacles sont considérés comme des résistances. Aussi ne faut-il pas se surprendre d'avoir vu émerger parmi ces stratégies de gestion des solutions où la communication joue un rôle central, ultimement en tant que stratégie de persuasion, en tant qu'outil soutenant une volonté de lutter contre toutes formes de résistance.

Bref, nous l'aurons compris, le concept de résistance au changement est fortement connoté idéologiquement, et masque d'autres réalités, sociologiques, psychologiques, organisationnelles, beaucoup plus complexes, comme nous en soulevons d'ailleurs l'hypothèse dans ce texte avec le concept « d'insécurité numérique ».

### **2.3. L'insécurité numérique : un concept à circonscrire**

L'introduction des TIC dans les organisations a contribué d'une part à modifier l'environnement de travail des employés (Bonneville et Grosjean, 2006) et d'autre part à permettre une forme de dématérialisation de l'information<sup>2</sup> qui peut générer, comme nous allons l'illustrer, un état d'insécurité associé aux TIC.

Qu'entendons-nous par insécurité numérique ? Premièrement, ce terme renvoie à une insécurité inhérente à la situation nouvelle créée du fait de la présence des TIC dans l'environnement de travail. En effet, nous le verrons plus tard au travers d'un exemple cette insécurité est liée à la transformation physique de l'environnement de travail qui peut avoir des répercussions majeures dans certains contextes (dans notre cas la pratique médicale). Il est donc important pour le sujet, de prendre la mesure de ces transformations et de progressivement adapter ses comportements et façons de faire. Deuxièmement, ce terme renvoie aussi à une forme d'insécurité prenant notamment sa source dans le fait que l'introduction des TIC dans les organisations a stimulé la circulation et l'accès à l'information, mais à une information dématérialisée. Ce processus de dématérialisation de l'information confronte les individus (devant manipuler et travailler à partir de celle-ci) à l'équivocité (Weick, 2001a). Cette notion d'équivocité ou d'ambiguïté « renvoie à la présence d'interprétations multiples pour une même situation » (Allard-Poesi, 2003, p.99). En effet, l'information numérique disponible, via les dispositifs informatiques présents dans l'environnement de travail, est susceptible d'être l'objet d'interprétations multiples, voire de contradictions, qui rendent la situation équivoque et par conséquent problématique pour les acteurs de l'organisation. Nous verrons au travers d'un exemple comment les individus font face à cette équivocité (générée par la multiplication dans leur environnement de travail de dispositifs techniques et informatiques soutenant une dématérialisation de l'information), mais aussi nous montrerons comment ils reprennent le contrôle de leur environnement en se montrant créatifs dans leur quête de sens. Ce deuxième exemple illustrera notamment comment avec le temps, les individus ont reconfiguré leur environnement de travail afin d'intégrer au mieux à leurs pratiques quotidiennes l'infrastructure informatique implantée au sein d'une organisation. Mais aussi comment progressivement ils ont développé des outils soutenant un processus de re-matérialisation de l'information afin de réduire l'équivocité. Ainsi, nous verrons que ce qui pourrait apparaître comme la manifestation de résistances, de blocages à l'usage des TIC n'est en fait que l'expression de la créativité des collectifs de travail cherchant à maîtriser et contrôler leur environnement de travail.

---

<sup>2</sup> La dématérialisation renvoie surtout à l'affranchissement de l'information de son support-papier, ceci dû notamment à la numérisation des données. Ainsi, l'introduction des TIC dans les organisations a favorisé un passage du support-papier à un support-numérique résultant de l'usage des TIC.

### **3. Modes d'expression de l'insécurité numérique en contexte organisationnel**

#### **3.1. Perte de repères et incertitude relationnelle**

Au cours d'une recherche portant sur l'utilisation d'un ordinateur portable en soins à domicile, nous avons mis en lumière chez les soignants une insécurité qu'on pourrait qualifier de « relationnelle », intimement lié à la crainte d'une perte de repères dans la façon même d'entrer en relation avec les patients (Bonneville, 2006-2009). Ici, ce n'est pas tant le « numérique » qui a posé dans la plupart des cas problème que le dispositif lui-même qui permet justement un branchement à des données numériques, à savoir l'ordinateur portable. Comme l'ont souligné quelques-uns de nos informateurs rencontrés en entrevue, il y a chez eux un malaise qui s'exprime par la crainte de diminuer la qualité de l'interaction qu'ils ont avec leurs patients, comme l'expliquent respectivement un travailleur social, un ergothérapeute, un infirmier et un physiothérapeute :

*Je suis mal à l'aise d'arriver chez certains patients avec mon ordinateur portable. [...] Je suis mal à l'aise par rapport à la confiance des patients à mon égard. [...] C'est l'humain qui m'intéresse. Je parle, j'écoute les gens, etc. Je trouve que l'ordinateur portable crée un obstacle. [...] Je veux créer un lien chaleureux avec les gens. [...] Je dois connaître les gens au départ pour amener l'ordinateur portable. [...] L'ordinateur portable peut contribuer à couper la relation. La personne ne sera pas bien. C'est mon impression.*

*Pour humaniser la relation je n'utilise pas toujours le portable, pas systématiquement. La dimension humaine des soins est importante.*

*Si on ne veut pas briser la confiance, il ne faut pas y aller trop rapidement [en apportant l'ordinateur portable au domicile des patients].*

*La perspective de faire du « direct » avec le patient et l'ordinateur, moi je trouve que ça coupe la relation. [...] Je trouve que l'ordinateur coupe la relation que j'ai avec le patient.*

Dans ces témoignages, on constate qu'il y a une insécurité non pas liée au changement occasionné par l'implantation du portable en soins à domicile, mais plutôt directement lié à l'usage de celui-ci dans le quotidien de la relation soignant – patient. On touche ici à l'un des aspects fondamentaux de la relation soignant – soigné, qui est l'interaction, la relation sociale de service comme dirait Gadrey (1996, p.171 notamment). Ce n'est donc pas l'objet du changement qui est en cause, l'ordinateur portable, mais plutôt l'adéquation entre l'utilisation de l'ordinateur portable chez les patients et la finalité même du service de soins qui s'exprime à travers une *relation* sociale (Bonneville, 2003). Relation sociale qui, en contexte de soins, repose sur la capacité pour le soignant d'obtenir la confiance du patient dans l'interaction même : « la question de la confiance est particulièrement importante dans le cadre de la communication médicale, qui comporte la révélation d'informations intimes » (Richard et Lussier, 2005, p.50). Pour obtenir cette confiance, encore faut-il être en mesure d'entrer en « intimité professionnelle » (Bioy *et al.*, 2003, p.31) avec le patient.

Offrir un soin, c'est d'abord et avant tout entrer en rapport avec un individu au moyen d'une forme particulière de communication interpersonnelle où l'écoute joue, de la part du soignant, un rôle fondamental. Comme l'indiquent Bioy *et al.*, « L'écoute implique une décision du

soignant : celle de se rendre disponible pour le patient » (2003, p.31). Cela est d'autant plus important en soins à domicile, que les patients rencontrés peuvent manifester plus de réticences à se dévoiler que les patients qui prennent eux-mêmes l'initiative de se rendre en milieu médical : « Le patient refuse ou manifeste des réticences à l'égard des services plus souvent dans les cas où la demande d'aide ne vient pas de lui » (Mégie, 2005, p.779). L'établissement du « contact » avec le patient est donc tout à fait central, comme l'explique ce physiothérapeute :

*[...] Déjà, au départ, on entre chez les gens (à domicile). C'est donc déjà très différent d'un physiothérapeute qui travaille en clinique ou en établissement. Je rentre chez les gens. Je vois plein de choses. Je rentre vraiment dans l'intimité des gens. Tandis que le patient qui se déplace et qui va en clinique privée ce n'est pas du tout la même dynamique. Le patient qui se déplace en clinique privée vient surtout pour consulter à l'égard d'un problème particulier. En plus, nous, en soins à domicile, on doit ouvrir la conversation sur autre chose. C'est certain que l'approche est différente. [...] On fait souvent des références pour des rencontres avec d'autres collègues. Par exemple les cas d'abus, problèmes d'hygiène, agressivité, dépression, etc. On travaille vraiment en équipe. [...] La dimension humaine prend tout son sens à domicile. En clinique privée ce n'est vraiment pas la même chose. [...] Il faut garder la dimension humaine des soins et c'est indispensable du CLSC.*

Au domicile, c'est le patient lui-même qui commande pour ainsi dire la forme que prend la relation. Il est chez lui, donc maître de son environnement immédiat (Lofaso, 2000, cité par Mégie, 2005, p.765). Ainsi, comme on le mentionne dans le témoignage ci-haut, tout professionnel de la santé qui accède au domicile d'un patient pénètre dans son intimité [« Je rentre vraiment dans l'intimité des gens »]. La concentration de la part du soignant est par conséquent fondamentale. N'ayant pas le contrôle total de l'interaction (comme c'est souvent le cas en milieu médical classique [Mégie, 2005, p.766]) il doit s'assurer de bien comprendre le patient non seulement à partir des informations formelles qu'il va divulguer mais aussi à partir des informations fournies par son milieu de vie (environnement) : « Les lieux physiques communiquent au professionnel de la santé des informations précieuses sur le patient visité, informations qu'il faut traiter avec tact, d'autant plus qu'il est difficile de les obtenir au cours d'une consultation ordinaire au bureau » (Mégie, 2005, p.767).

Ainsi donc, au cœur de la relation professionnel de la santé – patient se pose la question de la qualité de l'interaction (richesse du dialogue). Or cette qualité, pour être préservée, maintenue, voire améliorée, doit reposer sur une communication qui soit la plus riche possible dans le cadre même de l'interaction. Il n'est donc pas possible, pour les professionnels de la santé, ici en soins ambulatoires, de subsumer systématiquement cette interaction par un dispositif technique – l'ordinateur portable – qui viendrait brouiller à plusieurs égards ce lien de confiance auquel il est fait référence. Car en effet, l'interaction en contexte de soins est tout à fait particulière, reposant ainsi sur une co-construction de sens entre le soignant et le soigné qui ne se réduit pas à une simple transmission de l'information. Ainsi, le dialogue, ou la conversation, entre le soignant et le soigné, constituent le prisme dans lequel se pose l'interaction qui aura donc pour objet d'établir le contact : « la conversation ne sert pas qu'à échanger de l'information : c'est, d'une part, un processus créatif de construction de croyances partagées entre deux ou plusieurs personnes et, d'autre part, le moyen pratique pour entrer en relation avec l'autre. [...] Il n'existe pas de situation où on pourrait communiquer une information qui soit détachée des dimensions sociale, interpersonnelle et relationnelle » (Richard et Lussier, 2005, p.12).

Bref, on comprend ici que l'insécurité manifestée par plusieurs soignants à l'égard de l'utilisation du portable au domicile des patients ne relève pas tant d'une résistance au changement (ce qui serait trop simpliste), que d'une affirmation pratique de la finalité même de leur travail et du sens qu'ils accordent à celui-ci. Ce qui est en cause, ce n'est pas l'ordinateur portable en tant que tel, en soi, mais plutôt l'adéquation, encore une fois, entre l'utilisation de celui dans toutes les situations et la situation elle-même qui ne se prête pas toujours aux médiations techniques. Ainsi, on comprend que lorsque les soignants estiment que la relation qui prévaut entre eux et leurs patients ne s'y prête pas, l'ordinateur portable devient un objet qu'il faut déplacer, soit en le fermant complètement (après qu'il eut été ouvert), soit en le mettant à l'écart pour un moment. Cela est d'autant plus vrai que le soignant a devant lui un patient en détresse, comme le soulignent respectivement un infirmier et un ergothérapeute :

*Quand un patient est en détresse et pleure devant moi, je ferme mon ordinateur.*

*Quand je suis en interaction avec un patient et que j'ai l'ordinateur devant nous et que le patient en parlant finit par pleurer, la première chose que je fais c'est de fermer l'ordinateur. Je fais la même chose avec tout objet, physique. Je ne veux pas donner l'impression que je veux faire la même chose en même temps.*

Dans ces témoignages, on prend clairement position en faveur d'une stratégie où l'ordinateur portable devient une chose qui est gênante. Il devient ainsi une sorte d'intrus dans la relation, comme si l'ordinateur portable passait d'un outil à un objet physique inopportun, gênant. Il y a donc une insécurité contenue dans l'objet même qu'on en vient à se représenter, c'est-à-dire une insécurité fondée sur la crainte de voir la relation sociale (l'interaction entre soignant et soigné) s'estomper. On le met par conséquent de côté, par « respect » pour le patient comme règle centrale d'ouverture et de gestion des émotions (Richard, Lussier et Gerard, 2005, p.231-265). Comme nous l'évoquions plus haut, cette stratégie vise à s'assurer que la communication qui s'établit entre le soignant et le soigné soit la meilleure possible, d'où justement le rôle de l'écoute comme dimension centrale de la confiance dont nous parlions plus haut.

### **3.2. Équivocité et perte de sens**

Au cours d'une recherche ethnographique dans un centre de coordination des urgences 911 (Grosjean *et al.*, 2005-2007), nous avons constaté à plusieurs reprises que les répartiteurs d'urgence font face à une certaine forme d'équivocité liée à une dématérialisation de l'information à laquelle ils ont accès ; équivocité qui se manifeste notamment par une perte de sens.

La centrale de répartition est en fait le centre de coordination où convergent des appels téléphoniques d'urgence (appels au 911), où se prennent des décisions d'intervention, où se coordonnent le déplacement des ambulances réparties sur l'ensemble d'un territoire à couvrir. Dans le cadre de leur tâche de répartition des véhicules ambulanciers sur le territoire, les répartiteurs d'urgence doivent se tenir informés des modifications dans le positionnement des ambulances afin de pouvoir mettre à jour leur information quasiment en temps réel. Pour ce faire, un système informatique leur permet de visualiser sur un écran des informations concernant les ambulances disponibles et leur positionnement sur le territoire et sur un autre écran des informations sur l'adresse de l'appelant, son numéro de téléphone et d'autres renseignements médicaux dans le cas où celui-ci est connu du service. Les observations et

entrevues menées auprès des répartiteurs, nous ont permis de constater : (1) d'une part que ceux-ci échangent beaucoup d'informations oralement même si leurs écrans d'ordinateur sont actualisés régulièrement et leurs permettent d'avoir un accès commun aux informations numériques et (2) d'autre part, qu'ils utilisent une feuille papier de gestion des ambulances qui fait double emploi avec le système informatique.

### *3.2.1. Communiquer pour réduire l'équivocité*

Il n'est pas rare de voir un répartiteur consulter l'information numérique disponible sur l'ordinateur et s'il a constaté un mouvement des véhicules, ceci va déclencher une demande de confirmation orale qui sera adressée à son co-équipier. Or, celui-ci ne fait pas que confirmer l'information mais remet le mouvement de véhicule dans son contexte en expliquant ce qui l'a motivé et les actions entreprises. Nous sommes bien là dans un processus de construction de sens qui a toute son importance car il soutient le travail d'articulation (Strauss, 1992) au sein de cette équipe. L'ambiguïté ou l'équivocité à laquelle doivent faire face les répartiteurs et avec laquelle ils doivent composer semble proscrire le recours unique à de l'information numérique car celle-ci est décontextualisée. Or, notons qu'à plusieurs reprises, les répartiteurs constatent un décalage entre l'information numérique et l'information réelle, ceux-ci ne savent plus à quelle information se fier réellement (exemple 1).

#### *Exemple 1 : 19-04-CR/OB<sup>3</sup>*

R1-R2 : Je vais pager Yves, peux-tu lui demander son kilométrage de véhicule quand il va te rappeler s'il te plaît.

R2-R1 : Il est sur le mobile 7 à l'écran, mais sur le mobile 1 en réalité.

R1-R2 : Non, il devrait avoir le mobile 7 là.

R1-Am : [Appel le véhicule en question] Central au mobile 07

[X entre dans la centrale de répartition]

R2-X : Parce qu'il nous a demandé. Yves plus tôt c'est tu le mobile 1 ou le 7 ?

X-R2 : ha oui

R2-X : Puis là [à l'écran] c'est ça, il a encore le mobile 7, encore le mobile 1 dans les mains mais on l'appelle le mobile 7.

R1-X : C'est qui qui a le mobile 7 ?

X-R1 : Ça doit être un des gars [inaudible]

R1-X : Tu l'as-tu changé avec ?

Y-R1 : Ben c'est ça je le cherche le mobile 7 je ne sais pas où il est. Parce qu'ils en ont un eux autres encore.

Le répartiteur (R1) formule une requête à son co-équipier (R2) : « peux-tu lui demander son kilométrage de véhicule quand il va te rappeler s'il te plaît. ». Cependant, le second répartiteur (R2) constate en regardant son écran qu'il y a un décalage entre l'information numérique et l'information réelle (« Il est sur le mobile 7 à l'écran, mais sur le mobile 1 en réalité »). Ainsi, l'information disponible via l'ordinateur est mise en doute. Ce phénomène d'érosion du sens au sein de ce collectif de travail survient à plusieurs reprises. Néanmoins, à chaque fois ce phénomène a été à la source du déclenchement d'interactions visant à reconstruire le sens perdu et à reprendre le contrôle sur la situation. Dans l'exemple 1, on constate que les deux répartiteurs (R1 et R2) font appel à un individu X et aussi à un ambulancier (par appel radio) afin de réduire l'ambiguïté à laquelle ils se trouvent confrontés. La tactique mise en œuvre par les répartiteurs, pour réduire l'équivoque de la situation, est de faire appel aux membres

---

<sup>3</sup> Notons que les noms des personnes ont été changé afin de garantir leur anonymat.

extérieur à leur binôme. Progressivement, les répartiteurs deviennent des « bricoleurs » (Vidaillet, 2003), c'est-à-dire qu'ils sont en mesure de créer de l'ordre à partir des matériaux (informations orales et parfois visuelles) qu'ils ont sous la main. L'exemple 1 illustre cette capacité qu'ont les répartiteurs à remettre de l'ordre dans leur environnement de travail, à réduire l'équivocité d'une situation dû à un décalage entre l'information numérique et l'information réelle.

### 3.2.2. *Re-matérialisation de l'information*

Les répartiteurs ont créé un document papier (nommé « la feuille » et qui fait double usage avec le système informatique) sur lequel ils ont structuré et organisé leur information ainsi : on y trouve prioritairement (a) les équipes affectées aux véhicules et leur quart de travail (b) les équipes dérangées pendant leur repas, puis (c) de l'information sur la position des véhicules dans les zones à couvrir et enfin (d) de l'information sur le statut des urgences dans les hôpitaux de la région. Ce document papier vient se superposer à l'information numérique et les répartiteurs interrogés nous dirons qu'il est un « back up » pour eux.

Nous constatons aussi qu'après un appel les répartiteurs procèdent régulièrement à un rituel de mise à jour de cette feuille. Cet échange d'informations entre eux prend essentiellement appui sur ce support-papier et permet aux répartiteurs de mettre à jour leur information concernant le déplacement des véhicules sur le territoire, les équipes en fin de quart ou en pause, ceci dans le but de pouvoir prendre des décisions efficaces au moment venu, ou de vérifier que l'ensemble du territoire est bien couvert par les ambulances. L'existence de cette feuille procède en quelque sorte à une re-matérialisation de l'information numérique sur un support-papier. On pourrait voir cette pratique comme une forme de contournement de l'usage des TIC, or il n'en est rien. En effet, une grande partie de l'activité des répartiteurs repose aussi sur le système informatique et plus spécifiquement sur leur capacité à identifier les informations numériques pertinentes pour leur action. Cependant, cette feuille est un objet intermédiaire (Vinck, 2000) créé de toute pièce par ce collectif afin d'optimiser leur travail et de tenter de réduire l'équivocité inhérente à l'usage de l'information numérique.

## 4. Conclusion

Le changement est dans l'univers des organisations un thème majeur. Or, comme nous l'avons développé dans ce texte, la conception déterministe du changement organisationnel reconnaît l'importance de la dimension humaine du processus, mais en mettant l'accent avant tout sur les freins et blocages qui sont identifiés comme des « résistances » au changement. Or, les recherches présentées dans ce texte nous ont permis de souligner qu'apparaît une forme « d'insécurité numérique », liée à la fois à une perte de repère prenant sa source dans la modification de l'environnement de travail, modification que les individus doivent progressivement apprivoiser ; et à une perte de sens, notamment du fait de l'équivocité du à une dématérialisation de l'information. Nous constatons que l'ensemble des membres d'une organisation sont en mesure de donner vie, sens et efficacités aux changements mis en place. Il nous paraît donc essentiel de pouvoir saisir au niveau des acteurs, les actions concrètes, « les bricolages » (Weick, 2001b) qu'ils entreprennent pour redonner sens à leur environnement et progressivement le remodeler afin de l'adapter à leur pratique quotidienne. Ainsi, nous pensons qu'il est temps non plus de regarder le changement organisationnel comme un produit de l'organisation, mais comme un processus auquel participent activement tous les membres de l'organisation.

## **Bibliographie**

- Allard-Poesi, F. : Sens collectif et construction collective du sens. Dans : Le sens de l'action (coordonnée par B. Vidaillet), 91-112. Vuibert, Paris, 2003.
- Bergeron, P.-G. : La gestion dynamique - Concepts, méthodes et applications. Gaétan Morin Éditeur, Montréal, 1989.
- Bioy, A., Bourgeois, F., Nègre, I. : La communication soignant-soigné : repères et pratiques. Boréal, Rosny-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), 2003.
- Bonneville, L., Grosjean, S. : Les défis que soulève l'informatisation de la pratique médicale en terme d'innovation technologique. Dans : Revue canadienne de communication / Canadian Journal of Communication, Printemps 2007 (à paraître).
- Bonneville, L., Grosjean, S. : L'homo-urgentus dans les organisations : entre expression et confrontation de logiques d'urgence. Dans : Revue Communication et Organisation, no. 29, 23-48. Printemps-été 2006.
- Bonneville, L., Sicotte, C. : L'informatisation des organisations de soins et son incidence sur la quotidienneté du travail médical : une recherche évaluative sur cinq (5) initiatives télé-médicales en Ontario et au Québec. Programme Subvention ordinaire de recherche, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), 2006-2009.
- Bonneville, L. : About the Evaluation of Computerised Health Care Services : some Critical Points . In : International Journal of Health Sociology, vol. 15, no. 2, 169-178. Australia, 2006.
- Bonneville, L. : L'informatisation comme outil de contrôle et de surveillance de la productivité des organisations de soins et du travail médical au Québec. Dans : Revue Terminal - Technologies de l'information, culture et société, no. 92, 173-185. Hiver 2004-2005a.
- Bonneville, L. : La transformation des organisations de soins et du travail médical par le recours à l'informatisation au Québec : une analyse critique. Dans : Revue Communication et Organisation, no. 26, 205-225. Printemps 2005b.
- Bonneville, L. : La mise en place du virage ambulatoire informatisé comme solution à la crise de productivité du système sociosanitaire au Québec (1975 à 2000). Thèse de doctorat en sociologie. Université du Québec à Montréal, Montréal, 2003.
- Cardon, D., Licoppe, C. : Technologies de l'information et de la communication en entreprise : théories et pratiques. Dans : Septième École d'été de l'ARCo. Bonas, France, 10-21 juillet 2000.
- Carré, D., Lacroix, J.-G (sous la direction) : La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique. L'Harmattan, Paris, 2001.
- Collerette, P., Délisle, G. : Le changement planifié : une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels. Agence d'Arc, Montréal, 1982.
- Collerette, P., Délisle, G., Perron, R. : Le changement organisationnel. Théorie et pratique. Presses de l'Université du Québec, Saint-Foy, 1997.

- De Gaulejac, V. : La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. Seuil, Paris, 2005.
- Gadrey, J. : Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ? Flammarion, Paris, 2001.
- Gadrey, Jean. : Services : la productivité en question. Desclée de Brouwer, Paris, 1996.
- Giroux, N. : La construction discursive de l'organisation. Dans : Colloque Constructivisme(s) et Sciences de Gestion, IAE de Lille, 23 octobre, 373-386, 1997.
- Grégori, N. : Étude clinique d'une situation de conception de produit. Vers une pragmatique de la conception, Thèse de doctorat en Psychologie. Université Nancy2, 1999.
- Grosjean, S. : Enjeux de l'analyse des interactions pour la conception de systèmes d'aides : Le cas d'un manuel-utilisateur. Dans : Systèmes d'aide opératoire. Enjeu pour les technologies cognitives, Revue Intellectica (coordonné par O. Gapenne, O., Boullier, D.), 197-212. Paris, France, 2006.
- Grosjean, S., Bonneville, L. : TIC, organisation et communication : entre informativité et communicabilité. Dans : Actes du colloque Pratiques et usages organisationnels des technologies de l'information et de la communication, 131-134. Rennes, France, 7-9 septembre 2006.
- Grosjean, S., Bonneville, L. : Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé. Dans : Revue française de gestion, no.172, 145-157, 2007.
- Grosjean, S., Paré, D., Lagacé, M., Hodgins, P., Best, K. : La mémoire organisationnelle en action : Développer une approche pragmatique de la mémoire organisationnelle. Projet Initiative du Développement de la Recherche, Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH), 2005-2007.
- Grosjean, S., Grégori, N., Brassac, C. : La conception distribuée d'un système de production, une coopération en temps réel. Dans : Actes de la Conférence internationale sur l'Apprentissage Personne Système. CAPS'96, 8-9 Juillet 1996.
- Lewin, K. : Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics. Harper & Row, New York, 1948.
- Richard, C., Lussier, M.-T., Gerard, F. : La gestion des émotions. Dans : La communication professionnelle en santé (sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier), 231-265. Éditions du Renouveau Pédagogique inc., Saint-Laurent, 2005.
- Strauss, A. : La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. L'Harmattan, Paris, 1992.
- Mégie, M.-F. : La communication en soins à domicile. Dans : La communication professionnelle en santé (sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier), 763-787. Éditions du Renouveau Pédagogique inc., Saint-Laurent, 2005.
- Rabardel, P. : Les hommes et les technologies : Une approche cognitive des instruments contemporains. Armand Colin, Paris, 1995.
- Richard, C., Lussier, M.-T. : Les manifestations et les composantes d'une relation. Dans : La communication professionnelle en santé (sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier), 35-59. Éditions du Renouveau Pédagogique inc., Saint-Laurent, 2005.
- Teneau, G. : La résistance au changement organisationnel. Perspectives sociocognitives. L'Harmattan, Paris, 2006.
- Vidaillet, B. : Exercice de sensemaking. Dans : Le sens de l'action (coordonné par Vidaillet, B.), 35-50. Vuibert, Paris, 2003.

Vinck, D. : Objets intermédiaires comme inscription de la cognition collective. Septième école d'été de l'ARC (Association pour la Recherche Cognitive). Dans : Médiations techniques et cognition (Bonas), 1-24. 10-21 juillet 2000.

Weick, K. : Technology as Equivoque : Sensemaking in New Technologies. In : Making Sense of the Organization (Weick, K.E.), 148-175. Blackwell Publishing, 2001a.

Weick, K. : Organizational redesign as Improvisation. In : Making Sense of the Organization (K.E. Weick, ), p.57-91. Blackwell Publishing, 2001b.