



PAR SYLVIE GROSJEAN,
LUC BONNEVILLE

Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé

L'objectif de cet article est de proposer une analyse des logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé au Québec (Canada). Cette analyse, fondée sur les résultats de recherches menées au cours des dernières années, nous amène à identifier deux logiques d'implantation qui entrent en confrontation au sein des organisations: une logique technico-économique et une logique médico-intégrative. Nous faisons le constat que cette confrontation des deux logiques est révélatrice d'une tension; celle-ci prenant sa source dans la coexistence d'un « impératif productif » et d'un « impératif créatif » au sein des organisations du secteur de la santé.

L'introduction des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les organisations a contribué à la mise en œuvre de pratiques organisationnelles innovantes soutenant le développement de logiques de travail plus horizontales, encourageant l'autonomie des employés, privilégiant les dynamiques collectives. Par ailleurs, les discours managériaux font la promotion du partage d'informations (MSSS, 1996b; gouvernement du Québec, 1998) présentant les TIC comme étant à la fois un facteur de flexibilité et un instrument soutenant la collaboration et le partage de connaissances (Benghozi, 2001). Cette idée imprègne aussi de nombreux discours soulignant le potentiel qu'offrent les TIC dans le domaine de la santé (Bonneville, 2003; Carré et Lacroix, 2001), ces technologies laissant entrevoir de nouveaux modes d'interventions auprès des populations (dossier patient informatisé ou PI, télésanté, etc.). Cependant, comme plusieurs l'ont déjà montré (Bonneville, 2003; Carré et Lacroix, 2001), l'utilisation croissante des TIC dans ce secteur (au Canada mais aussi dans d'autres pays industrialisés) a trouvé

son origine dans une volonté politique de transformer structurellement le système de santé pour le rendre plus performant et ainsi répondre à « un impératif productif »¹. Certains chercheurs constatent alors que les TIC tendent à soutenir l'implantation d'un renouveau taylorien qui se manifeste à travers une intensification du travail et la valorisation d'une « idéologie de l'urgence » dans les organisations (Mayère, 1999; Aubert, 2004; Valenduc, 2005; Bonneville et Grosjean, 2006). Apparaissent ainsi deux réalités (sources de tension) qui sont amenées à coexister au sein des organisations et qui peuvent aussi entrer en confrontation, notamment lors de l'implantation de TIC. Par conséquent, nous souhaitons dans cet article étudier cette tension à laquelle sont soumises les organisations du secteur de la santé; tension prenant sa source dans la coexistence d'un « impératif productif » et d'un « impératif créatif »² (Cardon et Licoppe, 2000). Nous cherchons plus particulièrement à montrer³ comment cette tension se révèle lors de l'implantation des TIC dans les organisations du secteur de la santé.

I. – L'UTILISATION DES TIC DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ : CONSTAT D'UNE DOUBLE RÉALITÉ

1. Répondre à « un impératif créatif » par la mise en réseau des savoirs

Le journal québécois *Le Devoir* titrait en mai 2004 : « La santé au bout du clavier: Sainte-Justine brise la glace ». Cet article annonçait la mise en place du dossier patient informatisé (PI) dans un hôpital de Montréal. Ce concept (PI) renvoie plus précisément à la mise en place d'un nouveau système d'information et de communication au sein d'un réseau d'organisations de santé partenaires. L'objectif est d'expérimenter l'intégration des données cliniques pour améliorer le suivi des patients et ainsi être en mesure de leur offrir les soins appropriés au moment opportun (Sicotte *et al.*, 2005). Le PI est développé sur la base d'un concept récent en système d'information : l'entrepôt de données ou « Data Warehouse ». Cette technologie permet l'échange d'informations entre des plateformes technologiques différentes utilisant leurs logiciels propres. « Ainsi, dans un contexte de soins hospitaliers et ambula-

1. On assiste d'ailleurs de plus en plus à une instrumentalisation des activités professionnelles et communicationnelles (progiciel de gestion intégrée, *Groupware*, *Work-flow*, etc.) permettant aux organisations de répondre à des logiques de productivité, d'efficacité, de contrôle et de réactivité (Mayère, 2004; Grosjean et Bonneville, 2006).

2. Les organisations sont aussi soumises à « un impératif créatif », c'est-à-dire à une création de valeur associée à des formes de « coopération cognitive » (Zacklad, 2003). Les TIC sont le vecteur d'un nouveau mode de productivité qui se caractérise par une mise en réseau des énergies, des savoirs afin de répondre avec plus de « créativité », plus « d'intelligence » aux nouveaux défis économiques et aux exigences de qualité des services et prestations.

3. La réflexion proposée dans cet article repose sur plusieurs recherches menées dans le secteur de la santé au cours de ses dernières années. Nous ferons référence aux travaux de Bonneville (2003, 2005a, 2005b) menées dans le cadre de la mise en place du virage ambulatoire informatisé au Québec et une recherche menée par Grosjean *et al.* (2005), Grosjean (2006a) auprès des services ambulanciers d'urgence (services répondant aux appels 911 au Canada).

toires, il est possible à des équipes localisées en des sites différents de consulter, en utilisant les systèmes informationnels qui leurs sont familiers, des données cliniques d'un même patient saisies et entreposées sur un support informatique commun : l'entrepôt de données cliniques » (Sicotte *et al.*, 2005, p. 5). Par conséquent, le PI est un support à la communication et à l'échange d'informations, concernant le patient, entre le personnel clinique, opérant ainsi une décentralisation et un partage de l'information.

De nombreux travaux empiriques se sont attachés à souligner le lien entre l'implantation des TIC au sein des organisations et la décentralisation qui s'y opère progressivement favorisant ainsi le développement de réseaux de communication non hiérarchiques et l'émergence d'espaces d'autonomie (Greenan, 2002). En effet, le PI peut répondre aux exigences du personnel infirmier et médical évoluant dans des unités de soins différentes, mais aussi aux besoins du personnel exerçant dans des unités périphériques (pharmacies, laboratoires). Dans ce contexte, les TIC supportent une organisation en réseau des soins de santé en impliquant des structures formelles et hiérarchisées (les hôpitaux, centres de santé, etc.). On assiste à une réticulation de l'activité de travail qui peut constituer un levier pour une plus grande flexibilité et souplesse organisationnelle (Bercot, 2006). Par exemple, les données cliniques inscrites dans le PI deviennent partageables à distance créant un réseau interétablissement visant à améliorer la continuité des soins dans des organisations différentes. Autrement dit, ces technologies contribuent à faire coexister une structure formelle et une autre informelle au travers du maillage de

réseaux locaux de collaboration reposant sur une forme de communication horizontale. Les organisations se sont engagées vers une recherche de la transversalité, de la collaboration intermétier et, par la même occasion, complexifient leurs pratiques communicationnelles tout en mettant en œuvre une forme d'intelligence collective (Grosjean et Lacoste, 1999). Ainsi, en décentralisant et partageant leurs informations, les organisations gagnent en réactivité et en autonomie, recherchant dans le même temps la performance individuelle et collective. À un autre niveau, les TIC peuvent être des instruments renforçant les liens coopératifs entre acteurs et favorisant, *via* le partage de connaissances et d'informations, la création de synergies dans une optique d'amélioration des services de santé et d'augmentation de leur efficacité organisationnelle (en renforçant notamment leur capacité d'action et en fédérant les expertises dispersées sur une zone géographique donnée). Par exemple, un outil comme le PI cherche à conserver la mémoire des informations médicales concernant le patient et ainsi à capitaliser les connaissances médicales produites par l'activité du réseau de partenaires. Les outils informationnels, tels que le PI, jouent un rôle très important dans l'actualisation d'une mémoire organisationnelle (Grosjean, 2006a) car ils permettent que des informations soient regroupées, actualisées au quotidien et sont, par conséquent, un maillon indispensable à la coordination des équipes ou à l'activité collaborative.

Même si l'informatisation du secteur de la santé peut ouvrir des perspectives nouvelles en termes de collaboration, d'échange et de partage de connaissances, nous allons voir qu'il existe un pendant à cet optimisme,

notamment du fait de la tentation de prendre appui sur les TIC pour renforcer les dispositifs de contrôle. En effet, on peut constater que ce mouvement de partage et de décentralisation de l'information n'est pas uniquement la trace d'une évolution vers plus d'autonomie et de flexibilité. Ainsi, un système flexible et ouvert peut aussi être mis au service d'une intensification de la cadence de travail, d'une lutte aux temps morts et imposer une nouvelle forme de taylorisme à distance (Bonneville et Grosjean, 2006).

2. TIC instruments-clés d'un *reengineering* soutenant « un impératif productif »

Les TIC sont aussi souvent l'objet d'une appropriation instrumentalisée suivant une certaine logique économique productiviste (Bonneville, 2003). Le secteur de la santé est particulièrement confronté à ce type de dynamique par la tentation de saisir les opportunités offertes par les TIC pour réduire les coûts du travail médical dans les organisations de soins. Les travaux sur cette question cruciale de la transformation du travail par les TIC font référence à un certain *reengineering* (Hammer et Champy, 1993) pour qualifier le type de réorganisation auquel les travailleurs sont confrontés. Dans les services de santé, les TIC participant à cette idée du *reengineering* agissent comme un levier capable de transformer structurellement l'organisation du travail qui prévaut dans les organisations du secteur de la santé (Bonneville, 2003, chap. 4). L'idée du *reengineering* implique que les TIC soient mises à contribution non pas uniquement pour modifier quantitativement les effectifs, mais surtout pour transformer

reconstruire le travail, ainsi que l'expliquent Hammer et Champy (1993, p. 104) : « Répétons-le, le vrai pouvoir des technologies n'est pas d'améliorer les anciens processus, mais de permettre aux organisations de briser les anciennes règles et de créer de nouvelles façons de travailler, c'est-à-dire de se reconfigurer. » C'est précisément dans ce sens qu'il faut comprendre l'*autre* apport, ou impact, des TIC dans les organisations du secteur de la santé, dans la mesure où celles-ci sont aussi considérées comme étant capables de contrôler les travailleurs notamment par la mise en réseau des connaissances, des compétences et des dispositifs de surveillance (à distance). Cela implique le recours à la standardisation des tâches, mais aussi du temps qui devient l'instrument de contrôle par excellence de la rapidité des opérations. Les TIC deviennent l'instrument-clé d'une intensification de la cadence de travail et d'une lutte aux temps morts considérés comme *a priori* péjoratifs (Bonneville, 2005a). Or, cette intensification passe aussi par une extension du temps de travail vers le temps de non-travail, dans la mesure où les TIC (système d'information, courrier électronique, téléphone portable, biper, etc.) permettent au travailleur d'avoir une relation, un lien, direct, permanent, en temps réel, avec son organisation. Ce qui facilite le débordement des tâches quotidiennes en milieu de travail vers la vie privée des travailleurs (Vinet *et al.*, 2003), d'où l'émergence d'un certain « brouillage des frontières » qui peut en résulter (Flichy, 2004). Il s'agit là certes d'un renouveau taylorien (Vendramin et Valenduc, 2002) qui s'est manifesté avec d'autant plus d'importance dans les organisations du secteur de la santé, particulière-

ment dans les hôpitaux avec leurs services hospitaliers (Gadrey, 1992, p. 77).

II. – ÉMERGENCE DE DEUX LOGIQUES D'IMPLANTATION STIGMATES D'UNE DOUBLE RÉALITÉ

Comme nous venons de le souligner, l'informatisation des organisations du secteur de la santé confronte le personnel à une double réalité fondée sur la coexistence « d'un impératif créatif » et « d'un impératif productif », sources de tension. Nous allons maintenant tenter de décrire (à partir des résultats de plusieurs recherches menées dans le secteur de la santé⁴) comment cette tension se révèle lors de l'implantation de systèmes informatiques, notamment au travers de l'émergence de deux logiques d'implantation qui entrent en confrontation.

1. Une logique technico-économique visant « un impératif productif »

Premier constat : la raison économique guidant les choix technologiques

La logique technico-économique, généralement chapeautée par les décideurs, donne un rôle essentiellement budgétaire et opérationnel aux TIC. Dans quelques-unes de nos recherches (Bonneville, 2005a, 2005b), nous avons constaté que l'un des aspects fondamentaux de cette logique consistait à implanter les TIC dans les organisations du secteur de la santé de façon à mieux contrôler les coûts des services de soins par une surveillance accrue

du travail médical. Sur le terrain de la pratique médicale, cette surveillance repose sur la volonté de contraindre les professionnels de la santé à se conformer, voire à se soumettre, à ce qui est déjà prévu, conçu, planifié, standardisé, comme tâches à accomplir dans une temporalité donnée. Dans ce contexte, on veut que les professionnels de la santé utilisent les TIC de façon à contrôler leur pratique quotidienne. On veut ainsi, par le fait même, restructurer, réarticuler, la pratique médicale autour de normes déterminées par ceux qui dorénavant conçoivent et planifient ce qui doit être fait, comment cela doit l'être, à quel rythme et dans quel but (Carré et Lacroix, 2001). Cette conception relève d'une vision tayloriste du travail médical rendu possible par le recours aux TIC, lesquelles permettent désormais une intensification du travail médical qui découle d'une planification des tâches à distance par les décideurs pour qui les professionnels de la santé doivent être des exécutants. Par conséquent, pour « gérer » de façon planifiée les services de santé les gestionnaires choisissent de privilégier une logique d'implantation de type *top-down*, ou technico-économique, par laquelle l'exécution du travail médical est dictée par une procédure centralisée qui vise à en contrôler la réalisation. On pense ainsi, conformément à cette logique d'implantation, que les TIC vont nécessairement contribuer à l'augmentation de la productivité du travail médical, ce qui représente le principal indicateur servant à évaluer l'efficacité des TIC dans les organisations du secteur de la santé.

4. Pour des détails concernant ces recherches voir Bonneville (2003 ; 2005a et 2005b), Grosjean *et al.* (2005) et Grosjean (2006a).

Dans une recherche sur les conceptions qui président à la mise en place des TIC dans le secteur de la santé⁵ (Bonneville, 2003), nous avons ainsi noté que les décideurs s'attendaient à ce que des bénéfices financiers découlent des TIC dans les organisations. Ceci nous a conduit à penser qu'une certaine raison économique se substituait à la raison clinique, sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin, quant à l'évaluation de la « performance » des TIC dans les organisations du secteur de la santé. Loin de nous l'idée d'affirmer ici que les économies ne sont pas importantes dans l'impact que les TIC peuvent, ou doivent, avoir sur les organisations. Au contraire, les économies apportées par les TIC doivent nécessairement figurer dans les objectifs à atteindre. Cependant, comme certains professionnels de la santé l'évoquent, elles ne peuvent à elles seules justifier le bien-fondé des TIC dans les organisations du secteur de la santé (Bonneville, 2003). Autrement, ce sont toutes les potentialités des TIC sur les organisations de ce secteur qui sont compromises. Or, les recherches sur ces questions montrent que c'est pourtant la logique technico-économique qui prévaut le plus souvent en voulant se substituer à toutes autres logiques d'implantation

(Bonneville, 2003 ; Carré et Lacroix, 2001). Il a d'ailleurs déjà été constaté que les acteurs défendant cette logique technico-économique n'estimaient pas profitables les TIC qui n'apportaient que des bénéfices en termes cliniques (Bonneville, 2003). Or, compte tenu du pouvoir de décision dont sont investis les gestionnaires du secteur de la santé qui bénéficient souvent de l'appui du milieu des affaires (Carré et Lacroix, 2001, chap. 1), il semble que ce soit la logique techno-économique qui prédomine d'abord et avant tout. Ce phénomène, on pourrait dire cette relation de subordination entre deux conceptions souvent opposées sur le terrain, débouche très souvent sur la centralité des considérations économiques qui sont ainsi considérées comme condition *sine qua non* des projets d'informatisation (Bonneville, 2003).

Second constat : une approche « technocentrée » guidée par une logique substitutive

Dans le cadre d'une recherche menée au sein d'un service d'urgence⁶ (Grosjean *et al.*, 2005), nous retrouvons cette logique *top down* dans la conception et l'implantation de systèmes informatiques visant notamment à appuyer la tâche des réparti-

5. Dans le cadre de cette recherche, nous avons effectué vingt-cinq (25) entrevues semi-directives auprès d'acteurs impliqués dans la mise en place du virage ambulatoire informatisé en santé au Québec. Les informateurs sélectionnés ont été regroupés en quatre principales catégories : 1) une catégorie de hauts fonctionnaires au ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), dans les régies régionales et dans les établissements sanitaires ; 2) une catégorie de responsables administratifs d'expérimentations ou de projets en télémédecine à visée clinique au sein d'établissements sanitaires ; 3) une catégorie de professionnels de la santé responsables d'expérimentations ou de projets en télémédecine à visée clinique et 4) une catégorie de promoteurs de nouvelles technologies, soit des gestionnaires qui sont impliqués dans l'ambulatoire informatisé des établissements sanitaires au sein d'une entreprise fournissant des solutions technologiques dans le secteur de la santé au Québec.

6. Un des objectifs de la recherche était de décrire le rôle des artefacts technologiques (systèmes informatiques équipant une centrale de répartition recevant des appels du 911) comme ressources médiatisant le processus de (re)construction d'une mémoire organisationnelle lors de l'activité de travail des répartiteurs d'urgence. La recherche reposait sur une approche ethnographique (des observations ont été menées dans la centrale de répartition et des entrevues ont été effectuées auprès des répartiteurs observés).

teurs d'urgence⁷. 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 » (Rabardel, 1995) 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 *et al.*, 1996 ; Grosjean, 2006b).

Pour illustrer notre propos, reprenons un constat fait au cours de nombreuses observations réalisées dans la centrale de répartition. Une des responsabilités importantes des répartiteurs est de savoir à tout moment où sont localisées les ambulances afin que l'ensemble de la zone géographique desservie par le service d'urgence soit couverte. Ils doivent ainsi garder en mémoire ces informations essentielles car elles se révéleront importantes lors de la prise de décision concernant l'envoi d'une ambulance sur le lieu d'une urgence⁸. Les répartiteurs ont accès *via* leurs écrans d'ordinateurs (deux

au total) à des informations sur les déplacements des ambulances, leur disponibilité et la zone géographique qu'elles couvrent ; informations qui sont réactualisées en temps réel par le système informatique. Ces informations leur permettent notamment de savoir où sont réparties les ambulances sur le territoire en étant organisées à l'écran de la manière suivante : a) un icône représentant une ambulance permet d'identifier son numéro, ensuite b) un changement de couleur de cet icône permet de savoir si l'ambulance est disponible ou non pour une intervention et enfin, c) une information écrite précise la localisation des ambulances sur le territoire. Cependant, dès les premières heures d'observation nous constatons que les répartiteurs ne se réfèrent pas à cette information numérique, mais à de l'information inscrite et mise à jour par eux-mêmes (de manière manuelle) sur une feuille permettant de repérer le positionnement des véhicules ambulanciers par zones à couvrir. En effet, sur cette feuille l'information y est organisée différemment que dans le système informatique. On y trouve prioritairement a) le découpage des zones du territoire à couvrir par l'ensemble des ambulances, vient ensuite b) le numéro des ambulances affectées à chacun des territoires, puis c) de l'information sur la disponibilité des ambulances (notamment en identifiant les pauses repas des

7. Les fonctions principales assignées aux répartiteurs sont celles d'affecter les véhicules sur les appels d'urgence et de gérer le déploiement des ressources disponibles (les véhicules ambulanciers) de façon à optimiser la couverture d'un territoire (d'une zone géographique desservie par l'organisation). L'informatisation et la complexification des environnements de travail sollicitent de plus en plus les répartiteurs qui doivent utiliser des outils technologiques et informatiques sophistiqués. Il y a donc dans leur univers de travail, une très forte concentration d'outils informationnels. Ainsi, ils doivent passer d'une application à une autre, prendre des informations à un endroit pour les transférer à un autre endroit, ceci faisant partie intégrante de leur quotidien de travail.

8. En effet, l'efficacité des services d'urgence est mesurée en termes de délais d'intervention, ce qui fait d'ailleurs l'objet d'articles dans la presse régionale lorsque les délais d'intervention sont jugés trop longs.

ambulanciers) et enfin, d) de l'information sur le statut des urgences dans les hôpitaux de la région. Nous constatons donc que les répartiteurs ont créé un autre support à l'inscription d'informations qui doivent être mémorisées (alors que le système est censé jouer ce rôle). De plus aux dires de l'ensemble des répartiteurs, ce support papier s'avère plus efficace pour repérer les zones non couvertes par les ambulances contrairement aux informations numériques disponibles sur l'ordinateur qui prennent plus de temps à être interprétées. Cette feuille se substitue donc au système informatique. Les répartiteurs jugent le système mal intégré à leur pratique quotidienne (plus spécifiquement dans l'aide à la décision), notamment du fait du mode d'organisation et de structuration de l'information qui ne respecte pas les besoins des utilisateurs qu'ils sont.

Cet exemple illustre ici le fait que la pratique ou l'activité des personnels travaillant dans la centrale de répartition ne sont pas au centre des préoccupations des gestionnaires et concepteurs du système informatique qui visent avant tout l'ajustement du système à des « impératifs productifs » (temps de réponse à un appel, quantité d'informations mémorisées par le système, centralisation des informations, contrôle du temps de réponse des ambulances, etc.). Ceux-ci font primer une vision « technocentrée » qui repose plutôt sur une logique substitutive que sur une logique intégrative, qui serait de développer la technologie en fonction de pratiques existantes (Grosjean, 2006b). Et comme le souligne Gregori (1999, p. 39) :

« Plutôt que d'idéaliser la technique, il faut la banaliser ; plutôt que d'opérer par substitution des anciennes pratiques par des nouvelles, il faut s'accrocher sur les pratiques existantes ; plutôt que de concevoir pour un usager-modèle, il faut rencontrer les usagers réels. »

2. Une logique médico-intégrative soutenant « un impératif créatif »

Dans le cadre des recherches menées par Bonneville (2003, 2005a et 2005b), nous faisons le constat que contrairement aux objectifs opérationnels⁹ et de réduction des coûts des services de santé (par l'augmentation de la productivité du travail médical visé par les décideurs) ; les professionnels de la santé pensent, de façon générale, que les TIC peuvent et doivent s'intégrer à leur pratique quotidienne afin d'améliorer la qualité du travail médical, des soins et des services. Cette amélioration repose sur des considérations fondamentalement différentes, mais non forcément incompatibles, avec l'objectif d'être plus opérationnel tout en réalisant des économies. Ils considèrent que les TIC doivent fournir d'abord et avant tout un soutien à la pratique clinique, comme l'affirme ce médecin directeur des services professionnels dans un centre hospitalier (Bonneville, 2003) :

« Mon objectif était de donner un service approprié aux besoins du patient, parce que si le service n'est pas approprié à ses besoins, même dans une situation d'économie, je serais plus ou moins intéressée. Je regarde ce que les patients veulent et ce qu'ils demandent. Ils veulent obtenir des

9. 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.

interventions rapides, mais appropriées, équilibrées à leurs besoins [...]. Ce qui est preneur et intéressant, c'est lorsqu'on répond à un besoin réel du patient. [...] La principale préoccupation est de s'assurer qu'un service répond à un besoin du patient, afin que son état de santé s'améliore.»

Cet extrait montre que la pertinence de la technologie dont il est question s'évalue en fonction de sa capacité à améliorer la qualité du travail médical et, de ce fait, la qualité des services de soins offerts aux patients. Bien que la possibilité d'enregistrer des économies ne soit pas nécessairement considérée comme opposée avec la qualité des soins, ce sont la qualité du service offert aux patients et la finalité d'usage de celui-ci, améliorer l'état de santé du patient, qui importent avant toute autre chose.

Pour les professionnels, l'utilité de l'informatisation des services de santé réside notamment dans la perspective de faciliter leurs tâches cliniques quotidiennes, et par conséquent, dans l'amélioration de la qualité des soins qui sont offerts aux patients. Grâce aux TIC, les médecins peuvent être plus efficaces sur les plans clinique et thérapeutique (Bonneville, 2003). Ainsi, on part de l'idée, ou du principe, que la qualité du travail médical par les TIC aura un impact direct sur la qualité des services de soins dispensés aux patients, à partir du moment où les professionnels de la santé pourront mieux utiliser leur expertise pour améliorer l'état de santé d'un patient donné. Il s'agit donc d'une conception tout à fait opposée à celle de certains décideurs qui postulent que l'augmentation de la productivité du travail médical, par l'intensification de ce dernier, est la condition néces-

saire pour qu'il y ait amélioration de la qualité des soins (Bonneville, 2003). C'est cette contradiction dans les visions sous-jacentes à l'impact souhaitable des TIC dans les organisations du secteur de la santé qui explique l'absence de soutien réel à la pratique clinique. Comme l'ont montré Lehoux *et al.* (2002), cela ne peut que représenter un obstacle à l'intégration des TIC dans le travail quotidien des professionnels de la santé. Selon le personnel soignant, c'est la raison clinique qui aurait dû prédominer d'abord et avant tout. Or cette dimension centrale des soins demeure dans certains cas absente (Bonneville, 2003, chap. 6).

En résumé, plutôt que de soutenir prioritairement la dimension opérationnelle de leur travail et de viser essentiellement l'abaissement des coûts des services de soins suivant les exigences de la logique technico-économique, les professionnels de la santé considèrent que les TIC peuvent contribuer à la mise en place d'une meilleure organisation du travail qui va de pair avec une meilleure offre de services de soins. Selon les professionnels de la santé, si les TIC sont conçues pour supporter, ou soutenir, leur travail en tant que tel (pratiques médicales, services d'urgence, etc.) elles pourront certainement contribuer à l'amélioration de la qualité des services et de la prise en charge clinique de la maladie et des patients. Pour ce faire, il importe de faire en sorte que les TIC soient justement construites au service des professionnels de la santé eux-mêmes plutôt que l'inverse. Ce qui nous conduit à penser que les TIC auraient certainement avantage à être implantées et déployées suivant une logique de complémentarité, de négociation et non de substitution, d'imposition (Gregori, 1999; Carré et Lacroix, 2001).

C'est ce que signifie ce médecin responsable d'un projet informatique (Bonneville, 2003) :

« L'informatique, c'est un des moyens pour améliorer la qualité, la continuité, le gain et l'augmentation de la productivité [...]. Je pense que c'est un des moyens pour y parvenir. Les nouvelles technologies peuvent nous conduire à l'atteinte de tels résultats, si elles sont bien conçues à partir des besoins des clients et des intervenants, c'est-à-dire conçues en fonction des processus cliniques et non pas uniquement suivant des processus administratifs. »

Dans cet extrait, on ne fait aucune allusions à la diminution des coûts des services de soins, alors qu'on fait explicitement référence à l'amélioration des diagnostics (simples et différentiels) induite par une accélération de la circulation de l'information dans les « processus cliniques », bénéfique pour la qualité du travail médical et par le fait même pour le patient. Dans ce contexte, les TIC sont considérées comme un instrument non pas de substitution technique du travail vivant médical (en termes 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'améliorer la qualité des services de soins offerts aux patients, dans un souci de bien-être comme dirait Gadrey (2001).

CONCLUSION

L'analyse proposée dans cet article nous permet de souligner que l'implantation des TIC dans les organisations du secteur de la santé au Québec (Canada) se traduit par la

confrontation de deux visions fondamentalement opposées de l'impact possible et souhaitable des TIC dans les organisations. En effet, on constate que les décideurs ne conçoivent la « performance » des services de santé qu'en fonction d'impératifs opérationnels de temps, de rapidité, de *quantum* d'actes médicaux et de coûts. Or, ceci conduit inévitablement à de multiples problèmes d'ordre clinique dans la prestation des soins. Les recherches analysées font aussi apparaître que les professionnels de la santé ont subi l'implantation des TIC (selon une approche « technocentrée ») par laquelle on a cherché à imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique. D'où les problèmes organisationnels qui se sont posés quotidiennement aux professionnels de la santé qui ne comprennent pas pourquoi ils devraient utiliser des TIC d'une façon qui ne cadre pas avec leurs préoccupations cliniques (comme le montre les recherches de Bonneville sur le virage ambulatoire au Québec) et leurs pratiques quotidiennes (comme le montre notamment la recherche de Grosjean dans un service des urgences). Il ne s'agit pas d'y voir une forme de résistance au changement, mais le résultat de la confrontation de deux visions reposant sur des logiques différentes.

De leur côté, Boltanski et Chiapello (1999) dans *Le nouvel esprit du capitalisme*, ont souligné la mise en place progressive d'une « nouvelle configuration idéologique » du management, où des thèmes comme l'autonomie, la flexibilité, l'adaptabilité sont des manières de légitimer de nouveaux modèles d'action, de nouveaux dispositifs de contrôle à distance qui à notre avis donne naissance à une nouvelle forme de taylorisme. Autrement dit, les TIC ne sont porteuses en elles-

mêmes d'aucun déterminisme, cependant les logiques managériales qui sous-tendent leur implantation valorisent soient une logique de partage et d'échanges fondée sur la réciprocité et l'autonomie, soit une logique de contrôle reposant sur le respect des règles et procédures visant à réguler l'activité des individus.

Si cet article a tenté de contribuer à la compréhension des tensions qui s'imposent aux organisations du secteur de la santé lors de

l'implantation de systèmes informatiques, en mobilisant les résultats d'analyse de plusieurs recherches, il reste encore beaucoup à explorer pour mieux comprendre l'impact de ces tensions sur la gestion du changement technologique dans les organisations du secteur de la santé. Or, l'existence de tensions internes est constitutive de toutes organisations et celles-ci peuvent néanmoins impulser une dynamique de changement.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubert N., « Les entreprises face à l'urgence. Y-a-t-il encore place pour l'anticipation? », *Information sur les sciences sociales*, vol. 43, n° 3, 2004, p. 309-402.
- Bayart D., « Temps et organisation : vers une ingénierie temporelle », *Revue française des affaires sociales*, vol. 52, n° 3, juillet-septembre 1998, p. 19-34.
- Benghozi P.J., « Technologies de l'information et organisation. De la tentation de la flexibilité à la centralisation », *Gestion 2000*, vol. 2, mars-avril 2001.
- Bercot R., « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociation, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations*, n° 5, 2006/1, 2006, p. 35-49.
- Boltanski L., Chiapello E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard-Essais, Paris, 1999.
- Bonneville L., « L'informatisation comme outil de contrôle et de surveillance de la productivité des organisations de soins et du travail médical au Québec », *Revue Terminal – Technologies de l'information, culture et société*, n° 92, 2005a, p. 173-185.
- Bonneville L., « La transformation des organisations de soins et du travail médical par le recours à l'informatisation au Québec : une analyse critique », *Revue Communication et Organisation*, n° 26, 2005b, p. 205-225.
- 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, Montréal, université du Québec à Montréal, 2003.
- Bonneville L., Grosjean S., « L'Homo-Urgentus dans les organisations : entre expressions et confrontations de logiques d'urgence », *Revue Communication et Organisation, GRECO*, n° 29, France, p. 23-47, juin 2006.
- Carré D., Lacroix J.-G. (dir.), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- Cardon D., Licoppe C., « Technologies de l'information et de la communication en entreprise : théories et pratiques », *École d'été de l'ARCo*, Bonas, France, 10-21 juillet 2000.

- Flichy P., « L'individualisme connecté entre la technique numérique et la société », *Réseaux*, n° 124, 2004, p. 18-51.
- Gadrey J., *Nouvelle économie. Nouveau mythe? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie?*, Paris, Flammarion, 2001.
- Gadrey J., *L'économie des services*, Paris, Éditions La Découverte, 1992.
- Gouvernement du Québec, *Agir autrement – La politique québécoise de l'information*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 1998.
- Greenan N., "Organizational Change, Technology, Employment and Skills: an Empirical Study of French Manufacturing", *Cambridge Journal of Economics*, vol. 27, n° 2, mars 2002, p. 287-316.
- Gregori N., Étude clinique d'une situation de conception de produit. Vers une pragmatique de la conception, Thèse de doctorat en Psychologie, université Nancy II, 1999.
- Grosjean M., Lacoste M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Le Travail Humain, PUF, Paris, 1999.
- Grosjean S., « Mémoire et communication au sein des organisations. Pour le développement d'une approche pragmatique », Colloque *La recherche en communication organisationnelle : ses défis, ses enjeux, ses débats*, 74^e Congrès de l'ACFAS, « Le Savoir trame de la modernité », université McGill, Montréal (Canada), 15 mai 2006, 2006a.
- Grosjean S., « Enjeux de l'analyse des interactions pour la conception de systèmes d'aides : Le cas d'un manuel-utilisateur », Numéro spécial « Systèmes d'aide opératoire. Enjeu pour les technologies cognitives », coordonné par O. Gapenne et D. Boullier, *Intellectica*, Paris, France, sous presse.
- Grosjean S., Bonneville L., « TIC, organisation et communication : entre informativité et communicabilité », Actes du colloque international *Pratiques et usages organisationnels des sciences et technologies de l'information et de la communication*, université de Rennes II, France, 7-9 septembre 2006, p. 131-134.
- 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, 2005-2007, conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), 2005.
- Grosjean S., Grégori N., Brassac C., « La conception distribuée d'un système de production, une coopération en temps réel », Actes de la Conférence internationale sur *l'Apprentissage Personne Système*, CAPS'96, 8-9 juillet 1996.
- Hammer M., Champy J., *Le reengineering*, Paris, Dunod, 1993.
- Mayère A., « Rationalisation de la communication et organisations contemporaines : le cas de projets d'implantation de PGI/ERP », *Communication et Organisation*, n° 24, 1^{er} semestre, 2004, p. 363-379.
- Mayère A., « Les effets de l'introduction d'outils d'information et de communication mobile dans l'entreprise », *Revue française de gestion*, n° 123, mars-mai 1999, p. 88-99.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, « Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire », Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, direction des ressources informationnelles, Québec, novembre 1996a.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, direction des ressources informationnelles, Québec, novembre 1996b.
- Rabardel P., *Les hommes et les technologies. Une approche cognitive des instruments contemporains*, Paris, Armand Colin, 1995.
- Sicotte C., Farand L., Paré G., Lehoux P., Sanderson D., *Analyse de la conception logique d'un dossier patient partageable*, Évaluation du Projet vitrine: Dossier Patient Partageable-L'expérimentation d'un dossier patient électronique au sein d'un réseau de soins intégrés, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, université de Montréal, R05-02, février 2005.
- Valenduc G., *La technologie, un jeu de société. Au-delà du déterminisme technologique et du constructivisme social*, Academio Bruylant, coll. « Sciences et Enjeux », Louvain, 2005.
- Vendramin P., Valenduc G., *Technologies de l'information et de la communication, emploi et qualité de travail*, ministère de l'Emploi et du Travail, Bruxelles, Belgique, 2002.
- Vinet A., Bourbonnais R., Brisson C., « Travail et santé mentale. Une relation qui se détériore », *Santé mentale et travail. L'urgence de penser autrement l'organisation* (sous la direction de Brun J.-P., Blais C., Montreuil S. et Vinet A.), Sainte-Foy, PUL, 2003.
- Zacklad M., « Transactions communicationnelles symboliques et communauté d'action : réflexions préliminaires », *Colloque de Cerisy*, septembre 2003, organisé par Lorino P. et Teulier R., URL : <http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/>