L'ordinateur portable en soins à domicile : l'espace interactionnel soignant/soigné en mutation

The PC in Home Healthcare: the changing Nature of Caregiver/Patient Interaction

Luc Bonneville et Sylvie Grosjean

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/594>

DOI : 10.4000/questionsdecommunication.594

ISSN : 2259-8901

Éditeur

Presses universitaires de Lorraine

Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2009

Pagination : 261-278

ISBN : 978-2-86480-989-0

ISSN : 1633-5961

Référence électronique

Luc Bonneville et Sylvie Grosjean, « L'ordinateur portable en soins à domicile : l'espace interactionnel soignant/soigné en mutation », *Questions de communication* [En ligne], 15 | 2009, mis en ligne le 01 août 2011, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/594> ; DOI : 10.4000/questionsdecommunication.594

> NOTES DE RECHERCHE

LUC BONNEVILLE

Groupe de recherche interdisciplinaire en communication organisationnelle

Université d'Ottawa

luc.bonneville@uottawa.ca

SYLVIE GROSJEAN

Groupe de recherche interdisciplinaire en communication organisationnelle

Université d'Ottawa

sylvie.grosjean@uottawa.ca

L'ORDINATEUR PORTABLE EN SOINS À DOMICILE : L'ESPACE INTERACTIONNEL SOIGNANT/SOIGNÉ EN MUTATION

Résumé. — Nous présenterons ici une recherche menée auprès de professionnels de la santé utilisateurs d'un ordinateur portable en soins à domicile. À partir d'extraits d'entrevues et en mobilisant la notion de « territoire », nous montrerons en quoi la présence d'un ordinateur portable en soins à domicile modifie l'environnement de travail du soignant et agit — d'une certaine manière — sur la relation soignant/soigné. Qui plus est, l'ordinateur contribue à transformer à la fois la structure de l'action des soignants et leur environnement travail. Ainsi modifie-t-il les relations interindividuelles en agissant comme médiateur dans la mesure où il s'interpose entre le soignant et le soigné. Finalement, dans cette dynamique interactionnelle, se pose la question des rituels et du territoire d'interactions.

Mots clés. — Interaction, soins à domicile, ordinateur, territoires du moi, médiation.

Partout où elle est apparue, l'informatisation du secteur de la santé a surgi dans un contexte particulier, c'est-à-dire marqué par une volonté de réorganiser le travail médical à des fins d'augmentation de la productivité (Bonneville, 2005a, 2005b, 2005c ; Carré, Lacroix, 2001). Par ailleurs, l'informatisation du secteur de la santé a été l'occasion, indépendamment des logiques technico-économiques (Grosjean, Bonneville, 2007) qui ont déterminé la façon dont on a implanté les technologies de l'information et de la communication (TIC), d'améliorer certains aspects relatifs à la prise en charge de la maladie et des patients. Si celles-ci ont conduit à plusieurs évaluations (économiques, cliniques, organisationnelles, etc.) mettant en lumière autant les succès que les échecs auxquels elles ont conduit, un constat semble demeurer : ces technologies réinterrogent, ne serait-ce que sur le plan microsociologique, la façon dont un soin est dispensé. Dans une contribution précédente (Bonneville, Sicotte, 2008), nous avons pu mettre en relief les transformations – plutôt les défis – auxquels les soignants en soins à domicile qui utilisent un ordinateur portable sont confrontés. Nous avons ainsi montré que l'usage d'un ordinateur portable en soins à domicile¹ était à la base d'une transformation par rapport à la façon dont les soins sont (ou peuvent être) donnés (Andreassen *et al.*, 2006). L'enjeu est de taille puisqu'on sait que la communication, ou plutôt la capacité d'un soignant de « bien communiquer », demeure un défi pour la qualité des soins (Richard, Lussier, 2005).

Nous présenterons ici une recherche conduite auprès de professionnels de la santé utilisateurs d'un ordinateur portable en soins à domicile². Nous montrerons à partir d'extraits d'entrevues et en mobilisant la notion de « territoire » (Goffman, 1956 ; Cassidy, 1997) en quoi l'ordinateur portable en soins à domicile s'immisce dans le territoire du patient et agit, d'une certaine manière, sur la relation soignant/soigné. Autrement dit, la définition du territoire proposée par Erving Goffman (1956) nous permettra d'approfondir les enjeux interactionnels et relationnels qui se posent au personnel soignant lorsqu'ils se rendent à domicile avec un ordinateur portable.

¹ Comme le précise Santé Canada (2008a), « les soins à domicile et les soins continus englobent un large éventail de services de santé fournis à domicile et au sein de la collectivité pour les convalescents, les personnes handicapées, les malades chroniques ou en phase terminale qui ont besoin de soins médicaux, infirmiers, sociaux ou thérapeutiques ou encore d'aide avec leurs activités essentielles de la vie quotidienne. Les soins continus comprennent également le logement supervisé et les soins d'établissement de soins prolongés ».

² Cette contribution est une version remaniée d'une communication présentée lors du colloque *Communication et santé au Québec. Enjeux de communication dans un système de santé en transformation*, 76^e Congrès de l'ACFAS, INRS, Québec, 7 mai 2008.

Aperçu méthodologique

En 2006 et 2007, nous avons mené douze ($n = 12$) entretiens semi-directifs auprès de divers professionnels de la santé travaillant en soins à domicile dans une banlieue de la ville de Québec au Canada. D'une durée variant entre 45 et 75 minutes, ceux-ci avaient pour thème central l'incidence de l'utilisation quotidienne des TIC dans la pratique soignante. Tous les professionnels rencontrés étaient, ou avaient été, impliqués comme usager d'un ordinateur portable en soins à domicile dans la région de la ville de Québec.

La sélection de ces informateurs s'est opérée suivant le prélèvement d'un échantillon (probabiliste) fondé sur des cas typiques et hétérogènes. D'une part, cela a permis de sélectionner des professionnels de la santé considérés comme étant représentatifs de l'ensemble des professionnels de la santé utilisateurs d'un ordinateur portable en soins à domicile. D'autre part, cela a permis de rencontrer des professionnels « stratifiés » en fonction de leur expérience de travail, de leur formation académique et de leur âge. Ainsi les professionnels rencontrés étaient-ils pour la plupart des infirmières ($n = 6$), mais nous avons aussi pu interroger des physiothérapeutes³ ($n = 2$), des ergothérapeutes⁴ ($n = 2$) et travailleurs sociaux ($n = 2$)⁵. Les professionnels furent sélectionnés en fonction de leur expérience en soins à domicile (au moins une année d'expérience), de leur statut d'emploi (à temps complet) et de leur ancienneté d'utilisation (au moins 6 mois) d'un ordinateur portable au domicile des patients à visiter. Ce dernier critère de sélection se justifie par le temps nécessaire pour qu'un artefact technique comme l'ordinateur portable soit suffisamment ancré dans les pratiques et représentations des utilisateurs. Qui plus est, on sait que les artefacts informatiques (les ordinateurs, les dispositifs technologiques, les systèmes d'information...) requièrent souvent un certain temps avant qu'un impact sur le travail quotidien de ses utilisateurs puisse être observé.

³ Les physiothérapeutes ont pour fonction le rétablissement – à l'aide de techniques diverses (exercices, massages...) – des fonctions physiques et motrices des individus manifestants des blessures.

⁴ Les ergothérapeutes ont pour fonction principale la mise en place de moyens favorisant l'adaptation d'un individu à son environnement social quotidien, de manière à lui faire regagner son autonomie.

⁵ Nous considérons ici les travailleurs sociaux comme des soignants, dans la mesure où ils participent, au même titre que les infirmières et les physiothérapeutes, à la prise en charge des patients autour de problèmes spécifiques de santé (que ce soit sur le plan physique, psychologique ou émotionnel).

Informatisation, virage ambulatoire et implantation de l'ordinateur portable en soins à domicile

C'est dans un contexte de crise du système de santé qu'a été posée la « nécessité », dans les discours officiels, étatiques, de transformer les organisations de soins. Ce que nous avons tantôt appelé « réforme », « restructuration », « réorganisation », « *reengineering*⁶ », « reconfiguration »... Si, depuis une trentaine d'années (Bonneville, 2003, 2005a, 2005b, 2005c ; Bonneville, Lacroix, 2006), on suit l'histoire du système de santé dans la plupart des pays industriels avancés (notamment au Canada), les termes ne manquent pas pour qualifier les changements structurels, qualitatifs qui devaient être entrepris. Outre la rationalisation et la mise en place de politiques restrictives, un « virage » devenait nécessaire selon l'*establishment* politique et économique. Ainsi a-t-on mis en place le virage ambulatoire qui reposait sur les soins à domicile, de courte durée, de chirurgies d'un jour, etc. Ce qui a très tôt changé la prise en charge clinique de la maladie et des patients (Young *et al.*, 2004). Sur le terrain, cela s'est traduit par une transformation de l'accès aux soins par un déplacement de la prise en charge des patients. Le recours aux familles et à la charité privée refit alors surface : « L'institution se fait de moins en moins accessible, réservée aux plus malades et aux plus dépendants. [...] Dans la communauté, les soins se transforment et l'on sollicite de plus en plus la famille en réaffirmant son rôle [...]. Le domicile redevient, peu à peu, un lieu de soins. [...] Les soins familiaux viennent en complément des soins professionnels dont ils suivent étrangement la direction, en se technicisant. On introduit, par exemple, certaines pratiques médicales dans la maisonnée et on éduque pour cela les individus malades et leurs familles. Des responsabilités nouvelles s'ajoutent » (Saillant, 2000 : 18-19). Cependant, pour être possible, cette désinstitutionnalisation devait reposer sur des moyens techniques en mesure d'offrir aux professionnels la possibilité de travailler en réseau. C'est ainsi que fut lancé sur la place publique, entre la fin des années 80 et le début des années 90, le projet d'informatisation du système de soins lequel devait rendre possible la continuité des soins, le partage d'informations et de connaissances (à distance), la numérisation éventuelle des dossiers des patients, la collaboration des équipes multidisciplinaires sur le terrain...

⁶ Comme le précisent M. Hammer et J. Champy (1993 : 42), le « *reengineering* » est à proprement parler « une remise en cause fondamentale et une redéfinition radicale des processus opérationnels pour obtenir des gains spectaculaires dans les performances critiques que constituent aujourd'hui les coûts, la qualité, le service et la rapidité ».

Dans le cadre des soins à domicile, l'ordinateur portable devenait l'un des dispositifs clés du virage ambulatoire par la possibilité qu'on lui attribuait de pouvoir soutenir, avec plus d'efficacité, le travail des professionnels de la santé. En effet, il s'agissait de créer une véritable « réseautification » des soins à travers laquelle l'information devient cruciale, comme on peut le comprendre dans l'extrait suivant : « L'information et le partage d'information sont indispensables aux intervenants et aux professionnels du réseau pour qu'ils puissent jouer efficacement leur rôle » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996 : 13).

Dans la région de la ville de Québec, une nouvelle organisation du travail a justement été mise en place au début des années 2000. L'initiative consistait à munir d'un ordinateur portable les professionnels de la santé qui se rendent quotidiennement au domicile de leurs patients. L'ordinateur portable devait alors permettre la prise de notes directe à l'écran et des requêtes cliniques à partir du moment où l'ordinateur se connecte à un réseau (requêtes pour des résultats de laboratoire, de suivi multidisciplinaire, de pharmacie...). L'ordinateur portable peut aussi fournir toutes sortes de formulaires pertinents pour soutenir la prise en charge des patients en soins à domicile. Bref, il permettait, et permet toujours, de mettre en réseau l'ensemble de la prise en charge clinique de la maladie et des patients en ambulatoire, car désormais « l'information clinique doit suivre le patient pour que les professionnels puissent coordonner leurs interventions et offrir des services intégrés » (Aubert et al., 2007 : 118). Toutefois, la « réseautification » amène avec elle une complexification plus importante des structures de soins, au sein desquelles l'information devient stratégique. La mise à disposition de cette dernière constitue donc le véritable fer de lance du système de santé émergeant : « L'information devient donc le nerf, non de la guerre, mais bien d'une pratique médicale efficiente » (*Le réseau informatique*, 1999 : 21). Dans ce contexte où l'information est considérée comme stratégique, les moyens de communication deviennent tout aussi fondamentaux. À côté des types classiques de communication (l'oralité, en face à face ou par téléphone, l'écrit sur papier) se posent désormais des formes plus récentes de communication dans un secteur hautement complexe. Au rang des types de communication qui prennent de plus en plus d'importance dans la dernière décennie, se trouvent le téléphone portable, le « télé-avertisseur », les systèmes d'information et de communication, le courrier électronique... Ces moyens de communication viennent complexifier les échanges entre différents personnels, en même temps qu'ils apportent avec eux des promesses de « meilleures » communications quand celles-ci sont considérées sous l'angle de l'efficacité des échanges et de traitement d'informations, de données.

Ainsi peut-on comprendre le contexte dans lequel survient l'ordinateur portable chez des soignants, en ce qui concerne le cas qui nous intéresse dans cet article : un contexte multidimensionnel, où les enjeux de

communication sont nombreux et multiples (Bonneville, Sicotte, 2008) si l'on tient notamment compte, comme nous le verrons, de la complexité du travail soignant en tant qu'activité de service.

L'ordinateur portable s'immisce dans le territoire du patient

Un risque d'« offense territoriale »

En général, les interactions soignants/soignés renvoient à des situations telles que la consultation en cabinet médical ou la visite à domicile. Ce sont des relations duales, complémentaires, coopératives et parfois conflictuelles (Lacoste, 1993) qui peuvent s'élargir à plusieurs participants et/ou inclure l'utilisation d'équipements. Même si les progrès techniques permettent aujourd'hui de diagnostiquer et de mieux traiter certaines maladies, la communication avec le patient reste un sujet de préoccupation pour le personnel médical pour qui elle constitue une compétence clinique fondamentale (Richard, Lussier, 2005). Par ailleurs, « il existe [...] pour les soignants le défi de conjuguer une technicité croissante à la singularité des individus » (Razavi, Delvaux, 1998 : 1). Les enjeux liés à la communication en contexte de soins dépassent largement la simple communication efficace qui ne consisterait qu'à se préoccuper de la transmission des messages (du soignant vers le soigné et inversement). Au cœur de la relation soignant/soigné se pose l'interaction, le dialogue, l'interlocution. L'interaction repose sur la mise en commun – *communicare* (Bonneville, Grosjean, Lagacé, 2007 : 5) – d'un ensemble de significations, de façons de voir le monde, donc de représentations qui sont le résultat d'une intercompréhension, d'une co-construction de sens entre interlocuteurs. Considérer la communication entre un soignant et un soigné sous l'angle d'une interaction complexe fondée sur une cogestion de sens, c'est mettre au centre de l'analyse de la communication soignant/soigné en soins à domicile la question du lieu de la communication, c'est-à-dire le territoire⁷. Comme l'a indiqué Alex Muchielli (1997 : 45), « le contexte dans lequel se déroulent leurs entretiens fournit des informations aux interlocuteurs et influence leur comportement ». En soins à domicile, le territoire ne se contente pas que « déterminer » le sens des interactions. Il « dit » quelque chose au soignant : « Pensons à la richesse des informations

⁷ C'est d'ailleurs un point nodal de notre article : mettre l'accent dans notre analyse sur la question du territoire comme espace de communication. Pour une analyse plus générale sur les interactions soignants/soignés en soins à domicile dans le cadre du même travail de terrain, voir Bonneville, Sicotte (2008).

qu'un médecin [ou tout autre soignant] peut obtenir sur un patient, avant même de lui parler, lorsqu'il le visite à domicile. Le quartier et ses environs, le type de résidence, son état extérieur et son organisation intérieure renseignent déjà le médecin [soignant] sur la personne qu'il s'apprête à rencontrer » (Richard, Lussier, 2005 : 45). De surcroît, une fois dans le domicile (territoire) du patient, comme l'explique Marie-Françoise Mégie (2005 : 767), « 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 ». Ainsi l'explique ce soignant que nous avons pu interviewer : « Je rentre chez les gens. Je vois plein de choses. Je rentre vraiment dans l'intimité des gens ».

Le fait d'entrer dans l'intimité des soignants conduit très souvent les soignés à une certaine gêne. Plusieurs professionnels de la santé interrogés au cours de cette recherche ont en effet exprimé à de nombreuses reprises un inconfort, une insécurité occasionnés par la présence de l'ordinateur portable au domicile des patients. En fait, cet artefact technologique pénètre incidemment dans l'espace personnel du patient et redéfinit la place qu'occupe le soignant d'autant plus que cette « place », cet espace d'interrelations, d'interlocutions, est très souvent investie non seulement par le soignant et le soigné, mais par des tierces personnes (membres de la famille, aidants...) comme nous le verrons. La territorialité ici en cause, et plus précisément l'occupation du territoire non par le soignant mais par le soigné, explique sans doute pourquoi des soignants (ici une infirmière et un infirmier) ont perçu une réticence de la part de certains patients à l'égard de la présence d'un ordinateur portable : « Les patients, au début, étaient surpris (de voir un professionnel de la santé arriver avec un ordinateur portable) » ; « La plupart des patients sont surpris de nous voir arriver avec un ordinateur portable ».

Dans ces extraits, on peut remarquer que l'ordinateur portable constitue un objet physique nouveau qui n'est pas encore marqué sous le sceau de l'acceptation dans la relation de soins à domicile. C'est un intrus dont la présence dans le territoire du patient n'est pas spontanément vécue de manière neutre. Dès lors, des justifications quant à sa pertinence légitime s'imposent. Ce qui est généralement admis dans un cabinet médical classique en termes de présence de dispositifs techniques divers ne l'est donc pas forcément lorsque ceux-ci intègrent le territoire même du patient (son domicile).

La notion de territoire a été étudiée à travers de nombreuses approches théoriques telles que la proxémie (Hall, 1966) ou les « territoires du moi » chez Erving Goffman (1956). Le territoire se caractérise d'une manière générale par une frontière perceptible, stable et centrée sur

l'habitat et sur l'individu. Tony Cassidy (1997) distingue trois territoires en fonction du niveau de personnalisation et de défense de ceux-ci. Le « territoire primaire » est caractérisé par un degré de monopole perçu élevé et une personnalisation de l'espace (e.g. le lit ou la table de cuisine d'une personne dans le cas d'une consultation à domicile). Le « territoire secondaire » est déterminé par un degré de monopole perçu modéré et il peut être personnalisé si l'occupation est légitime (e.g. un local attribué à un groupe d'adolescents pour leurs activités sociales). Le « territoire tertiaire » est défini par un degré de monopole faible et une personnalisation sur une courte période (e.g. un banc public ou, pour prendre un cas dans le champ de la santé, un local qu'un soignant et un patient vont occuper dans un centre de santé le temps d'une consultation). Aussi voit-on que, lors d'une consultation à domicile, il peut arriver que le soignant entre dans le territoire primaire du soigné. Les enjeux sur le plan socio-médical se révèlent importants puisque, comme le souligne Marie-Françoise Mégie (2005 : 765), « [en soins à] domicile, le patient est maître chez lui. Il peut obliger le médecin [ou tout autre professionnel de la santé] à s'essuyer les pieds avant d'entrer, tout comme il peut décider, pour toutes sortes de raisons, qu'il n'est pas en mesure de le recevoir au moment planifié ». De plus, comme le souligne ce physiothérapeute, le fait d'entrer dans l'intimité des patients, « chez eux », dans leur « territoire » même, change la relation qu'ils ont avec eux par rapport aux soins classiques en établissement :

« Déjà, au départ, on entre chez les gens (à domicile). C'est donc déjà très différent d'un physiothérapeute qui travail 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 ».

Ainsi, comme le rappelle Marie-Françoise Mégie (2005 : 765), le fait que le patient soit dans son propre territoire « exige du médecin [soignant] qui fait une visite à domicile de demander la permission, par exemple, d'utiliser le lavabo pour se laver les mains, ce qu'il n'a évidemment pas à faire au cabinet ». Par ailleurs, la configuration territoriale des lieux exige aussi, bien évidemment, que le soignant puisse s'installer là où on l'invite à s'installer, sur la base de la préférence du patient lui-même ou des contraintes d'espace. On comprend donc pourquoi l'utilisation de l'ordinateur portable demeure largement tributaire des lieux et peut conduire à certaines difficultés ressenties par les soignants : « Ce n'est

pas évident d'avoir l'ordinateur portable et de s'asseoir sur le bout du lit des patients qui habitent en résidence privée ».

Cet extrait montre que dans la consultation à domicile, le personnel soignant a le sentiment de pénétrer sur le territoire du soigné, de franchir les limites de son intimité. Le soignant doit très souvent pénétrer dans un lieu où le patient ne sera pas seul, mais régulièrement avec son ou ses aidant(s)⁸ qui vont aussi pleinement participer aux interactions. Or, on sait qu'une proportion fort importante des patients rencontrés (suivis) en soins à domicile, sont des patients âgés. Nathalie Champoux, Paule Lebel et Luce Gosselin (2005 : 392) rappellent justement, en s'appuyant sur diverses études, que, de façon générale (pour tout type de consultation), « entre 20 % et 57 % des consultations médicales de patients âgés sont réalisées en présence d'une tierce personne ». L'aidant peut faciliter la relation, mais peut aussi la compliquer. La présence des aidants va d'ailleurs conduire certains soignants utilisateurs de l'ordinateur portable en soins à domicile à ressentir de la « gêne » face à une prise de notes à l'écran, comme le précisent ces deux infirmiers interrogés :

« Certaines personnes peuvent voir à l'écran ce que je rédige. [...] Si je dois noter des informations délicates concernant un patient, je ne vais pas le faire directement chez lui. [...] Je n'oserais pas le faire. [...] Je vais faire comme si je n'avais pas de portable, et mettre à jour son dossier plus tard (au bureau) ».

« Si tu vois un patient pendant 30 minutes et que tu es sur ton ordinateur pendant 15 minutes, on avait l'impression de perdre de la confidentialité. Par exemple quand on doit mettre à jour l'évolution de santé du patient. Pendant que tu rédiges la note, il peut y avoir quelqu'un (le patient ou de ses proches), qui passe à côté et qui voit tout ».

Chez le soignant, ceci contribue au sentiment de pénétrer véritablement dans un territoire qui n'est pas le sien, et accentue la gêne quant au choix d'utiliser un ordinateur portable ou non. De fait, comme évoqué plus haut, les distinctions mises en évidence entre la consultation à domicile et en cabinet classique sont fondamentales, et s'expriment par des dynamiques interactionnelles foncièrement différentes (Mégie, 2005).

La définition du territoire proposée par Erving Goffman (1956) et Edward T. Hall (1966) permet d'approfondir les enjeux interactionnels qui se posent au personnel soignant lorsqu'il se rend à domicile avec un ordinateur portable. Erving Goffman parle de territoire en termes

⁸ Comme l'indique Santé Canada (2008b), « un aidant naturel au Canada se définit comme une personne qui dispense des soins et/ou du soutien à un membre de la famille, à un ami ou à un voisin qui possède un handicap physique ou mental, qui est un malade chronique ou dont la santé est précaire ».

de propriété et de frontière. Il distingue le territoire fixe (propriété de l'individu et limité géographiquement, tel que la maison ou la cour), le territoire situationnel (possédé de façon temporaire, mais qui a une certaine permanence comme une chaise ou une chambre d'hôtel) et le territoire égocentrique (constitué d'une réserve de possession tournant autour de l'individu comme le sac contenant les outils de travail de l'infirmière). Pour aller plus loin dans la définition, Erving Goffman (1956 : 44) propose d'étendre « la notion de territorialité à des objets non spatiaux mais territoriaux par leur fonction » et ainsi de se centrer sur les territoires de nature situationnelle et/ou égocentrique. Cette approche lui permet de distinguer ainsi huit « territoires du moi » : l'espace personnel, la place, l'espace utile, le tour, l'enveloppe, le territoire de la possession, les réserves d'informations, les domaines réservés de la conversation. Nous allons porter notre attention sur deux d'entre eux qui vont nous servir de référence pour nos analyses : l'espace personnel et l'espace utile. En effet, ces deux concepts – définis par Erving Goffman – permettent de mieux comprendre en quoi l'ordinateur portable en soins à domicile s'immisce dans le territoire du patient (dans son espace personnel) et agit, d'une certaine manière, sur la relation soignant/soigné (notamment en contraignant l'espace utile du soignant).

L'espace personnel représente « la portion d'espace qui entoure un individu et où toute pénétration est ressentie par lui comme un empiètement qui provoque une manifestation de déplaisir et parfois de retrait » (*ibid.*). Cela explique sans doute pourquoi des soignants estiment, a priori, que certains de leurs patients sont « inquiets », on pourrait dire anxieux, de les voir arriver avec un ordinateur portable. C'est le cas de ce travailleur social et de cet infirmier :

« Plusieurs patients, quand j'arrive à leur domicile, sont inquiets. Ils se demandent ce que je vais écrire dans l'ordinateur portable. Pourquoi vous écrivez cela. [...] Donc quand j'ai l'ordinateur portable à côté de moi je n'écris pas du tout. Je vais prendre l'information et c'est tout ».

« Les patients, au début, étaient surpris (de voir un professionnel de la santé arrivé avec un ordinateur portable) ».

L'une des caractéristiques de cet espace personnel est la variabilité de la délimitation de l'espace (ou du territoire) en fonction du contexte dans lequel se trouve l'individu. Comme précisé *supra*, « la configuration du domicile dicte l'endroit où se tient l'entrevue [médicale] » (Mégie, 2005 : 766). Cette contrainte physique inhérente au domicile du patient qui « reçoit » explique aussi le fait que plusieurs soignants, ressentent un certain inconfort, voire un malaise, quant à la perspective d'utiliser leur ordinateur portable et de devoir, par exemple, le brancher *via* la

prise murale qui très souvent peut être située en arrière d'un meuble. C'est ainsi que l'expliquent respectivement deux infirmiers et un physiothérapeute :

« Je me sentais inconfortable quant à l'idée de demander aux patients de brancher mon ordinateur portable sur leur prise personnelle ».

« Le fait de s'ingérer chez les patients puis de leur demander si on pouvait se brancher avec leur système ou leur prise [murale] me pose problème. Je ne me suis jamais rendu là [à ce point]. [...] Il faut être à l'aise pour demander à un patient d'utiliser sa prise électrique pour brancher notre ordinateur. Moi je n'étais pas à l'aise ».

« Vous savez certains patient possèdent encore des téléphones à roulette. [...] Le fait d'avoir un ordinateur portable me donne l'impression que j'arrive chez quelqu'un et que je m'installe [sans demander d'avis] ».

À travers ces extraits, on comprend que l'utilisation de l'ordinateur portable est perçue comme dérangeant, encombrant, si ce n'est une menace pour la relation. C'est pourquoi on estime qu'il faut être à l'aise avec le patient, bien le connaître, pour utiliser un ordinateur portable devant lui. Pour Erving Goffman (1956), un envahissement d'un territoire personnel, l'empiètement d'un territoire revendiqué est une « offense territoriale ». En effet, « le prototype de l'offense territoriale consiste pour un individu à empiéter sur une réserve revendiquée par et pour un autre » (*ibid.* : 62). En général, les individus organisent leurs comportements de façon à réduire les « infractions » qui peuvent être réelles ou perçues, soit dans le cas des soignants interrogés en adoptant deux formes de comportements : l'évitement qui consiste à ne pas utiliser l'ordinateur⁹ ou la recherche d'un échange réparateur, en prenant par exemple le temps de s'excuser de l'intrusion que crée l'ordinateur sur le territoire personnel du soigné (comme si par exemple il fallait justifier *a priori* son utilisation éventuelle durant la relation). Un échange réparateur a pour fonction de neutraliser les effets négatifs d'une offense territoriale. L'activité réparatrice revêt trois formes fondamentales : la justification, l'excuse et la prière. La réparation par la prière est ce qui est le plus couramment utilisé par le personnel soignant. En effet, la prière « consiste à demander à l'offensé [...] la permission de se livrer à ce qu'il pourrait considérer comme une violation de ses droits » (Goffman, 1956 : 117). Or, « s'il est caractéristique de [...] voir arriver [les excuses] après l'événement, [...] les prières [...] se placent typiquement avant l'événement suspect, ou, au plus tard, au cours de ses premières phases » (*ibid.* : 117). C'est ce que les soignants expriment lorsqu'ils disent devoir demander aux patients s'ils peuvent utiliser pendant l'interaction leur ordinateur, et éventuellement le brancher.

⁹ On pourrait alors parler de déconnexion ou de « non-usage » (Bonneville, Jauréguiberry, 2007).

En fait, l'espace utile est le territoire situé immédiatement autour ou devant une personne et auquel elle a droit en raison de besoins matériels évidents. Par exemple, une infirmière lors d'un examen médical (auscultation d'un patient) peut espérer que rien ne se place entre elle et le patient et entrave ses mouvements, sa vision, ses gestes... Voilà pourquoi plusieurs développent des stratégies quotidiennes pour déplacer l'ordinateur portable de toute éventuelle entrave à l'interaction, au « contact » avec le patient. C'est le cas, ici, d'une infirmière, d'un infirmier et d'une physiothérapeute :

« Je ne suis pas très grande et le portable créé par conséquent une distance entre le patient et moi-même, compte du moniteur entre nous deux ».

« Quand je suis chez le patient, je place l'ordinateur portable en angle, jamais entre nous deux ».

« Je n'ai jamais l'ordinateur portable entre le patient et moi, si nous sommes assis en face à face. [...] Je ne veux pas créer de distance entre le patient et moi-même ».

« Je laisse de côté le portable, en angle ».

L'ordinateur portable : un marqueur frontière

Edward T. Hall et Erving Goffman soulignent l'existence de marqueurs qui servent à signaler la possession d'un espace. Pour le premier, le territoire est en quelque sorte un prolongement de l'être humain et les individus se créent des prolongements d'eux-mêmes par des marqueurs territoriaux. Dans le même ordre d'idées, Erving Goffman (1956 : 55) précise que « lorsqu'un possesseur putatif revendique une réserve, il le fait savoir par un signe [...] un marqueur ». Les marqueurs sont de divers types : les marqueurs centraux qui sont des objets placés au centre d'un territoire et qui en revendiquent la possession, les marqueurs frontières qui sont des objets marquant la ligne qui sépare deux territoires adjacents et les marqueurs signets comme par exemple un nom gravé sur un bâton de hockey. L'ordinateur portable, que le personnel médical emporte avec lui à domicile et qui se trouve ouvert et positionné entre le soignant et le soigné, a pour le personnel médical le statut d'un marqueur frontière, comme en témoigne le fait qu'il contribue au sentiment « d'éloignement » dans la relation que les soignants veulent maintenir avec leurs patients. C'est sans doute pour cette raison que plusieurs soignants estiment qu'il faut qu'il soit le plus discret possible pour ne pas, selon eux, nuire à la relation : « Je tente de faire en sorte que l'ordinateur portable soit le plus discret possible. [...] Je choisis toujours le moment où je vais l'utiliser. Toujours, toujours. Toujours dans le but de ne pas nuire à mon intervention ».

Si l'on tient compte des nombreux facteurs classiques dont les psychosociologues ont dit qu'ils étaient parfois déterminants dans la qualité d'une communication entre deux individus¹⁰, on comprend que l'ordinateur portable représente un facteur supplémentaire pouvant interférer dans la relation soignant/soigné. C'est vrai pour les soins classiques en cabinet médical, et l'est plus encore dans le cadre des soins à domicile. Ainsi plusieurs soignants (respectivement deux physiothérapeutes et une infirmière) ont-ils exprimé leurs inquiétudes vis-à-vis de l'ordinateur portable qui, pour eux, dans certains cas, fait office « d'obstacle » :

« 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. [...] Quand je sais préalablement que je dois visiter par exemple un patient agressif, ou psychologiquement vulnérable, je ne vais pas apporter mon ordinateur portable. [...] Quand j'ai une nouvelle demande, par exemple une personne agressive, je vais laisser de côté mon ordinateur portable. [...] Je dois interagir avec le patient et l'ordinateur portable peut constituer un obstacle. [...] J'ai toujours un objectif quand je vais chez un patient. Si j'estime que l'ordinateur portable pour tel ou tel patient va me nuire, je ne l'apporterai pas ».

« Je trouve que l'ordinateur est une barrière comme le bureau. Une barrière physique. Je sens, moi, qu'il y a une barrière ».

« Pour les cas délicats, je ne prendrais pas l'ordinateur. [...] Je préfère être la personne de façon moins formelle. [...] C'est le contexte de l'évaluation ».

Ici, la gêne chez les soignants vient du fait qu'ils estiment que l'ordinateur portable constitue, ou peut constituer dans certaines situations spécifiques, un obstacle à la relation qu'ils ont avec leurs patients, une

¹⁰ Les facteurs pouvant influencer la communication (au sens général) sont déjà bien connus des psychosociologues. En 1979, F. Petit (1979 : 49) reprenait les facteurs fondamentaux susceptibles d'influencer la communication pour bien montrer en quoi ils peuvent modifier la relation entre deux individus. Il distinguait le (ou les) lieu(x) où se déroule(nt) la communication ; la distance physique entre les interlocuteurs ; le support utilisé pour communiquer, la parole ou l'écrit, l'entretien face à face ou par téléphone, avec ou sans la présence de tiers ; les statuts sociaux des interlocuteurs et les images qui s'y greffent, selon le contexte socioculturel de la communication (homme, femme, jeune, vieux, patron, cadre, employé, ouvrier, policier, médecin, professeur...) ; les expériences antérieures de communication des interlocuteurs, qui ont forgé des attitudes qui se révéleront dans les comportements et les opinions émises ; la personnalité des interlocuteurs (introversion, extraversion, capacité d'adaptation, anxiété, etc.) ; les motivations à communiquer ; la connaissance des faits ou de la situation ayant suscité la communication ; le choix des mots par les interlocuteurs, dans des systèmes de référence plus ou moins proches ; la façon de s'exprimer, intonation et rythme du discours oral, écriture dans le cas d'un document manuscrit ; et les gestes, les mimiques, les regards...

sorte de frontière infranchissable. Un intrus, en certains cas, dans la relation même. Ainsi, dans certaines situations spécifiques, par exemple dans le cadre du travail social, certains soignants estiment-ils qu'il vaut mieux s'assurer de bien connaître les patients rencontrés pour pouvoir apporter chez eux un ordinateur portable comme outil de travail : « Les premiers contacts avec les patients sont difficiles, en travail social. [...] Donc pour les premiers contacts je n'utilise pas l'ordinateur portable. Quand je les connais, je peux éventuellement apporter mon ordinateur portable au domicile des patients ».

Il faut comprendre que le rapport du soignant à l'ordinateur portable n'est pas le même rapport entre le soignant et le papier/crayon. Le papier ne représente pas ou plus un marqueur. Or, justement, certains soignants ont évoqué le fait que le couple papier et crayon sont considérés comme importants en toute circonstance : « Je pense qu'il est toujours important d'avoir un bout de papier un crayon avec soi-même. Parce qu'on peut toujours noter des idées discrètement ». Ainsi peut-on penser que le couple crayon et papier n'a pas acquis au cours des usages le statut de marqueur, probablement (mais cela resterait à vérifier) parce qu'ils sont plus discrets que l'ordinateur portable. Cela va de pair avec le sentiment qui consiste à voir en l'utilisation du papier et du crayon une pratique plus « humanisante », comme le souligne cette personne interviewée : « Je pense que d'utiliser le papier humanise davantage la prise en charge, l'interaction ». Fondamentalement, les soignants qui craignent la déshumanisation engendrée par l'utilisation de l'ordinateur portable insistent sur le fait que celui les rend mal à l'aise : « Je me sens mal à l'aise pas tant compte tenu de ce que j'écris (dans mon ordinateur portable lorsque je suis au domicile d'un patient), que vis-à-vis l'interruption qui se pose, ou qui peut se poser, dans notre interaction. Celle-ci peut-être profonde et elle peut changer soudainement. Je suis mal à l'aise. [...] Quand j'écris sur papier, je n'ai pas ce sentiment là. Je peux écrire sur une feuille et tourner complètement celle-ci au moment où la discussion devient importante ».

Rappelons qu'un marqueur peut être un acte ou un dispositif qui, par sa présence, revendique d'une certaine manière une partie d'un territoire. Et c'est cette revendication qui met mal à l'aise le personnel soignant. Car, les membres de celui-ci ont le sentiment d'offenser l'espace personnel du soigné et ainsi d'offenser son territoire, parfois même son territoire primaire. À de nombreuses reprises au cours des entretiens, le personnel soignant a le sentiment d'agir en intrus et, d'une certaine façon, d'empiéter sur le territoire du soigné, de s'imposer à lui avec son ordinateur. Ainsi peut-on le comprendre des témoignages suivants venant d'un infirmier et d'une physiothérapeute :

« 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 ».

Ce sentiment est d'autant plus présent que lorsqu'il y a présence d'une tierce personne au domicile du patient, au moment de la consultation. On sait qu'en soins à domicile, dans la plupart des cas, les patients sont souvent accompagnés de leurs aidants qui peuvent être des membres de leur famille. Or, le fait de rédiger les notes directement au portable place les soignants dans une position inconfortable. Ils craignent que les autres acteurs en présence puissent lire – en direct – ce qui est noté et qui apparaît aussitôt à l'écran d'ordinateur : « Certaines personnes peuvent voir à l'écran ce que je rédige. [...] Si je dois noter des informations délicates concernant un patient, je ne vais pas le faire directement chez le patient. [...] Je n'oserais pas le faire. [...] Je vais faire comme si je n'avais pas de portable, et mettre à jour son dossier plus tard (au bureau) ».

Ainsi comprend-on pourquoi l'ordinateur portable est considéré, dans certains cas, comme un objet gênant. Le fait qu'il occupe le territoire du soignant, qu'il s'inscrive implicitement dans la relation comme étant un marqueur, fait qu'il est parfois considéré comme étant importun, indésirable, indiscret voire impertinent.

Conclusion

Les sciences sociales ont depuis longtemps surestimé les relations interpersonnelles dans l'interaction sociale et ont négligé la place des objets, des artefacts dans les analyses des situations d'interactions (Grosjean, 2008). Et, comme le souligne Andrea Semprini (1995 : 202), « les objets ne se limitent pas à nous renseigner sur les rapports entre les hommes, mais encore ils agissent sur ces rapports et, [dans une certaine] mesure, ils les constituent ». L'objectif de cet article était de souligner l'engagement d'un artefact particulier (l'ordinateur portable) dans les processus communicationnels impliquant un soignant et un soigné, de manière complémentaire à de précédents travaux sur la question (Bonneville, Sicotte, 2008). Plus particulièrement, nous avons vu en quoi l'ordinateur portable modifie à la fois la structure de l'action du personnel soignant et son environnement de travail. L'ordinateur portable est donc un co-acteur de la situation créée (Grosjean, 2004). Il change inévitablement l'état des relations interindividuelles et il est donc médiateur, dans le sens où il affecte les modalités de coordination et les relations des acteurs en présence (Latour, 2006). Dans notre cas, l'ordinateur portable fait

office de médiateur : il s'interpose entre le soignant et le soigné et il crée un nouvel environnement d'interactions entre les individus qui nous rappelle l'importance des rituels et du territoire interactionnel dans les relations médicales (voire, plus largement, dans les relations sociales courantes). Bref, si ces constats semblent intéressants du point de vue des espaces d'interactions en soins à domicile, d'autres recherches devront être effectuées avec des techniques d'investigation complémentaires à celle que nous avons utilisée. On pense notamment à l'observation participante qui pourrait permettre d'étudier certains comportements en situation. En effet, l'observation favorise un accès immédiat aux comportements et actions des sujets dans leur contexte réel de travail. Ainsi serions-nous en mesure de saisir les pratiques effectives de communication et, par là-même, de se concentrer sur des événements pouvant surgir au cours de la situation observée.

Références

- Akrich M., Callon M., Latour B., 2006, *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses de l'École des Mines.
- Andreassen H. K., Trondsen M., Kummervold P. E., Gammon D., Hjortdahl P., 2006, « Patients Who Use E-Mediated Communication With their Doctor : New Constructions of Trust in the Patient-Doctor Relationship », *Qualitative Health Research*, Vol. 16, 2, pp. 238-248.
- Aubert B. A., Babin G. et al., 2007, « Les technologies de l'information et l'organisation : une histoire riche, un avenir prometteur », *Gestion*, 32, 3, pp. 110-120.
- Bonneville L., 2003, *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.
- 2005a, « A Paradigm Shift in the Evaluation of Information Technology in Health Care », *Journal of Telemedicine and e-health*, American Telemedicine Association, Vol. 10, 4, pp. 477-480.
- 2005b, « La transformation des organisations de soins et du travail médical par le recours à l'informatisation au Québec : une analyse critique », *Communication & Organisation*, 26, pp. 205-225.
- 2005c, « L'informatisation comme outil de contrôle et de surveillance de la productivité des organisations de soins et du travail médical au Québec », *Terminal. Technologies de l'information, culture et société*, 92, pp. 173-185.
- 2006, « About the Evaluation of Computerised Health Care Services : some Critical Points », *International Journal of Health Sociology*, Vol. 15, 2, pp. 169-178.
- Bonneville L., Lacroix J.-G., 2006, « Une médication massive et intensive des soins au Québec (1975 à 2005) », *Recherches sociographiques*, Université Laval, XLVII, pp. 321-334.

- Bonneville L., Grosjean S., Lagacé M., 2007, « Où va la communication organisationnelle ? De la nécessité de comprendre le lien entre communication et organisation dans une perspective d'analyse Nord-américaine », *Studies in Communication Sciences - Studi di scienze della comunicazione*, 7/1, pp. 159-188.
- Bonneville L., Jauréguiberry F., 2007, « Health Professionals Who Are Disconnecting From ICTs: The Emergence of a New Research Object in Telehealth and Telemedicine », *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13, 5, p. 269.
- Bonneville L., Sicotte C., 2008, « Les défis posés à la relation soignant – soigné par l'usage de l'ordinateur portable en soins à domicile », *Communication*, 26, vol. 2, pp. 75-107.
- Brown J.-B., Brett P., Stewart M., 1998, « Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor », *Canadian Family Physician*, Vol. 44, pp. 1644-1650.
- Carré D., Lacroix J.-G., 2001, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Cassidy T., 1997, « Personal space and Territoriality », *Environmental Psychology*, pp. 251-291.
- Champoux N., Lebel P., Gosselin L., 2005, « Les personnes âgées et leurs proches », pp. 387-399, in : Richard C., Lussier M.-T., dirs, *La communication professionnelle en santé*, Saint-Laurent, Éd. du Renouveau pédagogique.
- Gadrey J., 1996, *Services : la productivité en question*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Goffman E., 1956, *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*, trad. de l'anglais par A. Accardo, Paris, Éd. de Minuit, 1973.
- Greene M. G., Adelman R. D., Charon R., 1986, « Ageism in the medical encounter : An exploratory study of the doctor-elderly patient relationship », *Language and Communication*, Vol. 6, pp. 113-124.
- Grosjean, S., 2004, « Analyse d'une forme de communication instrumentée lors d'activité collaborative de conception », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, Université Stendhal, http://www.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2004/Grojean/index.html
- 2008, « Communication dans un centre de répartition des urgences 911 », *Canadian Journal of Communication*, Vol.33 (1), pp. 101-120.
- Grosjean S., Bonneville L., 2007, « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé », *Revue française de gestion*, 172, pp. 145-158.
- Hall E. T., 1966, *La dimension cachée*, trad. de l'américain par A. Petita, Paris, Éd. Le Seuil, 1971.
- Hammer M., Champy J., 1993, *Le reengineering*, Paris, Dunod.
- Lacoste M., 1993, « De la consultation médicale à l'analyse des activités hospitalières », *Cahier 5, Langage, activités médicales et hospitalières : dimensions négligées*, Journées d'étude du 15 mai 1992, Réseau Langage & Travail.
- Latour B., 2006, *Changer de société. Refaire de la sociologie*, Paris, Éd. La Découverte.

- Lofaso V., 2000, « The doctor-patient relationship in the home », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol.16 (1), pp. 83-93.
- Mucchielli A., 1997, « L'approche communicationnelle », *Sciences humaines*, hors série, 16, pp. 34-39.
- Le Réseau informatique, 1999, « Vers un réseau de communication électronique privé pour les médecins », *Le Réseau Informatique*, vol. 11 (3), http://www.sogique.qc.ca/menu/menu_accueil_mag_fs.htm.
- Lipkin M. Jr., Putnam S. M., Lazare A., 1995, *The medical interview : clinical care, education, and research*, New York, Springer-Verlag.
- Mégie M.-Fr., 2005, « La communication en soins à domicile », pp. 764-787, in : Richard C., Lussier M.-T., dirs, *La communication professionnelle en santé*, Saint-Laurent, Éd. du Renouveau pédagogique.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction des ressources informationnelles, 1996, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire, Guide pour la mise en œuvre*, Québec, MSSS.
- Mucchielli A., 1997, « L'approche communicationnelle », *Sciences humaines*, Hors série, p. 16.
- Petit F., 1979, *Introduction à la psychosociologie des organisations*, Toulouse, Privat.
- Prohaska T. R., Glasser M., 1996, « Patients view of family involvement in medical care decisions and encounters », *Research on Aging*, Vol.18, pp. 52-69.
- Razavi D., Delvaux N., 1998, *La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux*, Paris, Masson.
- Richard C., Lussier M.-T., 2005, « L'importance de la communication professionnelle en santé », pp. 1-7, in : Richard C., Lussier M.-T., dirs, *La communication professionnelle en santé*, Saint-Laurent, Éd. du Renouveau pédagogique.
- Saillant F., 2000, « Transformations des soins familiaux et lien social », pp. 12-22, in : Keller P.-H., Pierret J., dirs, *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, Paris, Éd. La Découverte/Syros.
- Santé Canada, 2008a, *Soins à domicile et soins continus*, Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index_f.html.
- 2008b, *Système de soins de santé*, Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/caregiv-interven/index_f.html.
- Semprini A., 1995, *L'objet comme procès et comme action*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Young N. L., Barden W., Lefort S., Nijssen-Jordan C., Daniels C., Booth M., Dick P. T., 2004, « Telehomecare : A Comparison of Three Canadian Models », *Telemedicine Journal and E-Health*, Vol.10 (1), pp. 45-52.