

RAPPORT NATIONAL D'EXPLORATION

Travail et numérique en santé

Les effets des transformations numériques
sur les conditions de travail dans les
établissements sanitaires et médico-sociaux

Février 2024



Sommaire

1	INTRODUCTION	5
	1.1 Comprendre les transformations du travail dans un contexte de déploiement	6
	1.2 E-santé, numérique en santé, santé numérique : de quoi s'agit-il ?.....	7
	1.3 Les systèmes d'information au centre de notre exploration	7
	1.4 Contexte politique et institutionnel du numérique en santé	7
	1.5 Le soin et le numérique.....	8
	1.6 Une approche par les conditions de travail.....	10
	1.7 Comment explore-t-on ?.....	11
2	LA NUMÉRISATION DU TRAVAIL EN MILIEU DE SANTÉ : L'EXPÉRIENCE DES TRAVAILLEURS	29
	2.1 Le Dossier Patient Informatisé (DPI) ou Dossier Usager Informatisé (DUI) comme objet central d'analyse	14
	2.1.1 Des outils numériques décuplés dans la structuration des systèmes d'information.....	14
	2.1.2 Le dossier Patient/Usager au centre des transformations numériques	14
	2.2 Gain de temps et charge de travail : le numérique allège-t-il le travail administratif ?.....	15
	2.2.1 L'impensé de l'hybridité du travail	15
	2.2.2 Déformations du temps de travail	15
	2.3 Accès aux données et partage de l'information : le numérique en santé facilite-t-il la coordination ?	15
	2.3.1 Gestion de l'accès différencié à l'information médicale	15
	2.3.2 Un manque de transparence des systèmes d'information.....	16
	2.3.3 Défaillances techniques, zones blanches et craintes de pannes.....	16
	2.3.4 Les outils numériques ne sont pas des machines autonomes	17
	2.3.5 Usages parcellaires des outils numériques	17
	2.3.6 Opacité des systèmes d'information du point de vue des patients.....	17
	2.3.7 La promesse de l'interopérabilité	18
	2.4 Qualité des soins, qualité du travail, qualité des données : convergence ou dissonance ? ...	19
	2.4.1 Qualifier les données de santé.....	19
	2.4.2 Transformations des pratiques d'écriture	20
	2.4.3 Le travail du care et le travail médico-administratif	20
	2.4.4 Prendre « soin » des données ?	21
3	DÉPLOIEMENT DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ : L'EXPÉRIENCE DES ORGANISATIONS	22
	3.1 Évolution des compétences et des métiers : la formation aux outils est-elle suffisante ?	23
	3.1.1 Un accès inégal au numérique	23
	3.1.2 Des dispositifs de formation incomplets	23
	3.1.3 Redéfinir les notions de compétence et de pratique (professionnelle et numérique)....	24
	3.2 Adaptations, bricolages et contournements des outils numériques : est-ce seulement aux professionnels de santé de s'adapter ?	25
	3.2.1 Le mirage du « zéro papier ».....	25
	3.2.2 Des outils numériques déconnectés.....	25
	3.3 Évolutions de l'organisation du travail : quelle attention aux fonctionnements collectifs ?	26
	3.3.1 La « boîte noire » de l'organisation réelle du travail	27
	3.3.2 Préserver la communication orale	28

4	PERSPECTIVES D'ACTION POUR MIEUX MANAGER LES TRANSFORMATIONS NUMÉRIQUES DU TRAVAIL	29
	4.1 Prendre soin des projets : réparer les conduites de projets à trous	30
	4.1.1 Le numérique, un sujet périphérique ?	30
	4.1.2 Est-il possible pour les professionnels de débattre des finalités ?	32
	4.1.3 Quelle autonomie des structures pour conduire les projets de changement ?	32
	4.2 Développer une attention aux professionnels et pas seulement à la technique : vers une « maintenance » du travail	35
	4.2.1 Le besoin de développer et fiabiliser la maintenance du travail ?	35
	4.2.2 Quelle durabilité des transformations sans suivi ni entretien ?	35
	4.3 Animer le dialogue social technologique : articuler doctrine sociale et doctrine technique	37
	4.3.1 Peu ou pas de saisie des sujets numériques dans le cadre du dialogue social	37
	4.3.2 Une gouvernance des projets éloignée du terrain et des professionnels	38
	4.3.3 Déformation des organisations et défis en matière de dialogue social ?	39
	4.3.4 Est-il possible de penser conjointement qualité de vie au travail et numérique en santé sans articuler doctrine sociale et doctrine technique ?	41
5	CONCLUSION	42

Préambule

La transformation numérique du système de santé se déploie depuis plusieurs années. Ainsi, la e-santé s'est démocratisée dès les années 1990 avec la mise en œuvre d'évolutions numériques majeures, pour se systématiser, notamment à travers le « Dossier Patient Informatisé ». La crise sanitaire n'a fait qu'accélérer et confirmer la nécessité de déployer la e-santé face à des enjeux nécessitant plus que jamais des solutions digitales. Ainsi, la médecine et le soin à distance (télémédecine, téléconsultation etc.) se sont invités dans les usages courants.

Aujourd'hui, il s'agit d'un véritable enjeu de politique publique autour de la santé numérique dont découlent de grands plans d'investissements : Innovation Santé 2030, Feuille de route du numérique en santé, Ségur du numérique en santé, etc. Si l'intérêt du numérique en santé pour les patients n'est plus à démontrer, qu'en est-il de la prise en considération des impacts de ce dernier sur les professionnels eux-mêmes ? En effet, si nous partageons tous l'intérêt d'innovations utiles pour la santé, il est nécessaire à ce stade de se préoccuper de l'impact sur les conditions de travail des professionnels et les changements organisationnels qui en découlent.

Dans un souci de prendre en considération la question de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT), des orientations ont été définies par le Ministère de la Santé, renforcées par les conclusions du Ségur de la santé. La DGOS s'est donc emparée de ce sujet, qui s'inscrit par ailleurs dans la continuité du partenariat renouvelé avec l'Anact.

Il s'agit de pouvoir mieux appréhender les implications des technologies numériques et leurs impacts sur la QVCT des professionnels de santé, sous la forme d'Actions Collectives Innovantes et Apprenantes (ACIA), dont l'objectif est de partir des expériences et des retours de terrain, et de pouvoir mesurer la réalité du travail des professionnels. Objectif : mieux comprendre les freins et leviers liés à ces transformations et aux usages du numérique.

Cet angle d'approche vise à impulser des actions mettant le numérique au service des professionnels. Il s'agit de s'intéresser aux effets du numérique sur les organisations de travail et sur les professionnels eux-mêmes.

Du fait de l'impact sur la QVCT des professionnels, l'analyse et la prise en compte des retours de terrain sont indispensables pour répondre aux questions récurrentes et ainsi pouvoir proposer des axes d'amélioration :

Le numérique en santé facilite-t-il la coordination et le partage d'informations au sein d'une structure ?

Quel intérêt les professionnels portent-ils au sujet numérique ?

Quels usages en font-ils et quels en sont les impacts sur les organisations ?

L'accompagnement et la formation à l'utilisation des outils numériques sont-ils suffisants, au regard de l'impact de l'usage de ces derniers sur la QVCT des professionnels ?

Depuis bientôt 3 ans, la DGOS s'est associée aux travaux menés par l'Anact qui ont permis de nourrir ce rapport, mettant en exergue la nécessité de connaître les enjeux de la transformation numérique du système de santé et ainsi d'en assurer l'appropriation par et au service des professionnels.

Philippe CHARPENTIER

Sous-directeur des ressources humaines du système de santé



Direction générale
de l'offre de soins

1

Introduction

Le numérique s'impose dans le système de santé comme un levier de sa modernisation pour gagner en efficacité, améliorer les parcours de soin et soutenir les professionnels de santé dans leur travail au quotidien. Cette transformation numérique fait l'objet d'une feuille de route précise, « *Accélérer le virage numérique* », d'un investissement important conforté par le plan Ségur et se traduit par de nombreux programmes, projets et expérimentations à différents niveaux. Si les potentialités offertes par le numérique sont réelles, des questions majeures se posent en matière d'inclusion des patientes, patients, professionnelles et professionnels, de respect des libertés, d'anticipation et de maîtrise des impacts éthiques, de décloisonnement des acteurs de santé ou encore de transformation des conditions de travail des professionnels.

Dans le cadre d'un projet porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), deux appels à projets lancés respectivement en 2021 et 2022 embarquent une diversité d'établissements sanitaires et médico-sociaux à approcher collectivement certaines réalités du travail à l'ère du numérique, nourrir des apprentissages et développer de nouvelles capacités d'action. L'objectif est d'une part, d'éclairer les partenaires sociaux et les acteurs publics engagés dans la transformation numérique du système de santé quant aux enjeux en matière de QVCT. D'autre part, il s'agit de mettre en œuvre des actions collectives mobilisant des acteurs à l'échelle des établissements, des groupements ou des territoires pour saisir, documenter et accompagner ces transformations.

Tandis que le premier appel à projet visait à produire une exploration de situations d'usage du numérique dans le travail, le second porte l'objectif de développer des modalités d'actions permettant d'agir sur des facteurs identifiés dans la phase d'exploration. **Ce document vise à rendre compte de la phase d'exploration menée tout au long de l'année 2022 par 9 Aract (Bretagne, Bourgogne Franche-Comté, Corse, Grand Est, Guadeloupe, Île-De-France, Occitanie, Provence Alpes Côte d'Azur, Pays de la Loire) réunissant 56 établissements de natures variées autour de la question des transformations numériques en milieu de santé.**

Si la question du numérique s'est avérée difficile à traiter, car elle n'est pas identifiée par les acteurs de terrain comme relevant de la même urgence que d'autres enjeux largement amplifiés par la crise du Covid-19 (charge de travail, attractivité), il nous est pourtant apparu pertinent de s'en saisir pleinement. En effet, ce projet vise à anticiper des transformations qui pourront s'avérer irréversibles et fait le pari d'en analyser les conséquences, positives comme négatives, en observant ces transformations en train de se faire. Le numérique n'est pas nouveau en tant que tel, ni en France ni dans le secteur de la santé, et nous connaissons déjà une partie de ses répercussions. Cependant, la récente crise sanitaire nous a montré que les conjonctures politiques, économiques et sociales offrent des opportunités de déploiement des technologies numériques prenant davantage de place dans le fonctionnement ordinaire de la vie quotidienne, qu'elle soit professionnelle ou non (en témoigne le remplacement progressif mais durable de certaines réunions par des visioconférences Zoom ou de la prise de rendez-vous téléphonique par Doctolib).

1.1 Comprendre les transformations du travail dans un contexte de déploiement

Il est avant tout nécessaire de revenir sur quelques éléments de contexte et de définition structurant ce projet qui se construit au croisement de trois champs d'expertise – l'activité de soin, l'ingénierie des systèmes d'information et les conditions de travail. Avant de développer plus avant les résultats de la première phase d'exploration, opérée durant l'année 2022, nous délimiterons le contexte politique, technique et institutionnel qui structure le champ du numérique en santé et pose une série de questions : De quoi parle-t-on lorsqu'on évoque la e-santé ou le « *virage du numérique en santé*¹ » ? Quels sont les grands jalons des transformations numériques en santé ? Qu'est-ce que l'activité de soin et comment croise-t-elle la question numérique ? Comment la question des conditions de travail est-elle amenée par le réseau Anact - Aract dans ce contexte ?

¹ Pour faciliter la lecture et ne pas trop alourdir le texte, nous utiliserons l'expression « *numérique en santé* » pour renvoyer au numérique dans les milieux sanitaires et médico-sociaux.

1.2 E-santé, numérique en santé, santé numérique : de quoi s'agit-il ?

Le philosophe Alain Loutes souligne qu'un grand nombre de termes ont été créés pour décrire des pratiques médicales diverses faisant appel à des technologies numériques. Si la santé numérique recouvre « *l'usage des technologies de l'information et de la télécommunication dans le champ de la santé et du bien-être* », la santé connectée correspond à « *l'usage des objets connectés pour le quantified self ou pour la pratique médicale et la e-santé* » tandis que la e-santé « *n'est pas un acte médical réalisé via les TIC mais une prestation de service en santé mettant en relation un prestataire et un consommateur* ». Enfin, la télémédecine correspond à « *un service de communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prises en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale* ». Mais ces définitions sont parfois floues lorsqu'on essaie d'y associer des dispositifs précis, ce qui en rend la réglementation d'autant plus complexe.

1.3 Les systèmes d'information au centre de notre exploration

Parmi les établissements observés durant ce projet, de nombreux dispositifs numériques ont pu être étudiés, mais ils convergent pour la plupart vers des enjeux relatifs aux systèmes d'information de santé (SIS) ou hospitaliers (SIH), dont la clé de voûte est le Dossier Patient ou Usager Informatisé (DPI ou DUI), un logiciel intégré au SI qui permet de stocker et d'accéder aux informations relatives à la santé d'un patient (antécédents médicaux, les résultats de tests, les diagnostics, les traitements, les allergies et les médicaments prescrits, etc.). Selon la Circulaire ministérielle numéro 275 du 6 janvier 1989 du ministère de la Santé, le système d'information d'un établissement de santé « *peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique* ». Les SI répondent à de nombreuses demandes en termes de fonctionnalités conçues et organisées selon trois catégories de processus (métier, associés et support) : pilotage et supervision, facturation et contrepartie, gestion de venue, production clinique et médicotechnique, gestion partagée des informations du patient, partage de la connaissance, partage des informations de vigilance, planification des rendez-vous, gestion des ressources, fonctions liées à l'administration de l'information de production de soins (administration des informations du patient, de la connaissance, vigilances, annuaires), autres fonctions et services techniques (gestion des flux, gestion des services de sécurité, etc.).

Enfin, les SI engagent et affectent différents acteurs du système de santé : les patients, les professionnels médicaux, le personnel soignant, le personnel médico-technique (manipulateurs en électroradiologie, laborantins, etc.), le personnel des services (cuisiniers, agentes et agents d'entretien, etc.), le personnel administratif, les acteurs institutionnels (Ministère des Solidarités et de la Santé, DGCS, DGOS, ANS, DNS, ARS, CNAM, etc.) et enfin les industriels de la filière du numérique en santé.

1.4 Contexte politique et institutionnel du numérique en santé

Il faut également préciser que le projet que nous portons intervient à un moment charnière des politiques publiques du numérique en santé et plus largement des politiques de santé : lancement du plan Ma Santé 2027 (2022), déploiement du plan Ségur Santé Numérique qui engage 2 milliards d'euros pour permettre de « *généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et usagers pour mieux soigner et accompagner* » (2023), mise en place de « *mon espace santé* » (un espace numérique individuel permettant aux bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie français de stocker et partager des documents et données de santé, en 2022), mais aussi d'un Espace européen des données de santé (2022).

Ces politiques se font l'écho d'événements politiques ou économiques plus globaux affectant le secteur de la santé :

- La crise du Covid-19 qui a souligné la nécessité d'engager les moyens permettant à l'information médicale d'être disponible à distance mais aussi de mobiliser cette information à une échelle nationale (notamment dans le cadre de la diffusion des « *chiffres du Covid* » : lits occupés en réanimation, personnes atteintes du Covid, personnes vaccinées, etc.) ;
- la réforme Serafin-PH (mise en place en 2025) qui concerne la transformation des modes de financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et nécessite la mise en place de technologies permettant de qualifier finement l'activité de soin ;
- plus anciennement, la mise en conformité des établissements et institutions au RGPD entré en vigueur en 2018 (notamment sur la question spécifique des données de santé) ;

- le lancement du Health Data Hub destinée à faciliter le partage des données de santé issues de sources très variées afin de favoriser la recherche. L'accélération des recherches menées en particulier dans le champ de « *l'intelligence artificielle* » dans les sciences biomédicales appelle à (re)penser la production et la circulation des données de santé, qui doivent alors répondre à des formats exploitables par des algorithmes.

Ces enjeux s'inscrivent dans la continuité d'une histoire des politiques publiques en matière d'informatisation des systèmes d'information remontant à plusieurs décennies : depuis la fin des années 1960, l'informatique prend une part toujours grandissante dans l'organisation du système de santé¹, renforcé par Circulaire ministérielle numéro 275 du 6 janvier 1989 relative à « *l'informatisation des hôpitaux publics* »² qui précise que « *le développement de l'informatique hospitalière doit s'effectuer selon deux orientations fondamentales : assurer la cohérence, au plan national, du système d'information hospitalier et permettre aux établissements l'adoption de solutions de leur choix* » en soulignant que les applications informatiques « *doivent servir sa politique d'établissement dans une perspective de maîtrise des coûts, l'investissement informatique devant être un investissement de productivité* ».

1.5 Le soin et le numérique

Ces transformations techniques, impulsées en premier lieu par une action politique gouvernementale, nourrissent des débats sur l'activité de soin dans sa définition même. La Haute autorité de santé (HAS) définit un acte de soin comme « *un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soin peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents* ».

Cette définition qui englobe un large nombre de gestes et de pratiques doit aujourd'hui faire face à la complexification des systèmes d'information du système de santé qui demande des formes de travail médico-administratif, lesquelles se posent en concurrence de la relation directe avec les patients.

¹ « [L'ordinateur à l'hôpital](#) », Le Monde, 6 juillet 1967.

² Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à [l'informatisation des hôpitaux publics](#).

Paysage des acteurs des transformations numériques en santé

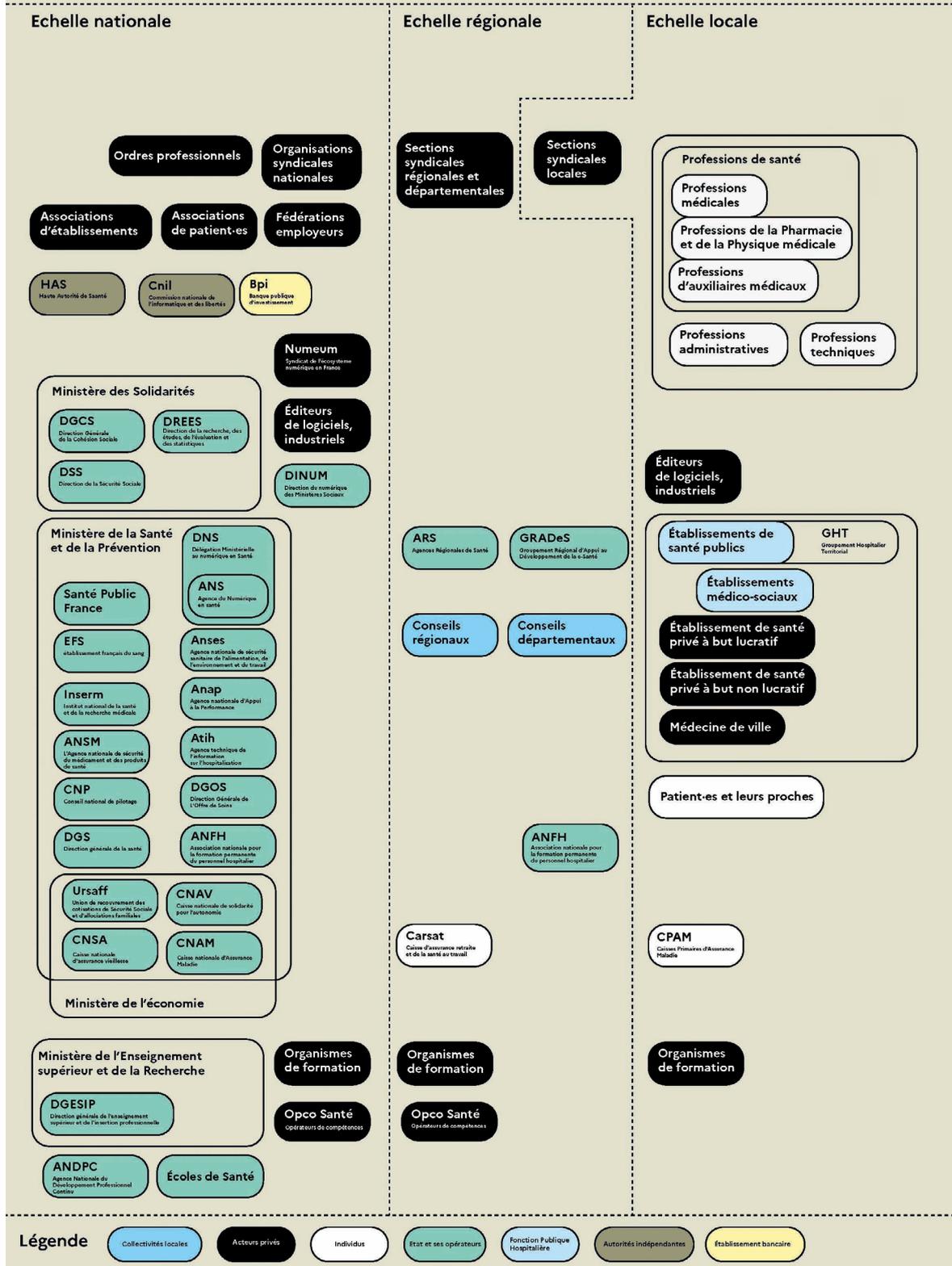


Schéma produit par l'équipe projet Anact-Aract (2023). Accéder à l'image en HD sur [l'espace ressources du projet](#)

1.6 Une approche par les conditions de travail

Concernant la question des conditions de travail, l'Anact et son réseau déploient depuis de nombreuses années une expertise sur la question de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) qui ne peut aujourd'hui faire l'économie d'une analyse croisée avec les enjeux des technologies numériques.

Un dispositif qui s'appuie sur des ACIA



Schéma produit par l'équipe projet Anact-Aract (2023). Accéder à l'image en HD sur [l'espace ressources du projet](#)

Rappelons que la qualité de vie au travail est déterminée par trois aspects complémentaires, qui doivent être traités au regard de questions sociales et économiques plus larges : les conditions dans lesquelles les salariées et salariés exercent leur travail (environnement de travail, conditions d'emploi, conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail), le contenu de celui-ci (autonomie au travail, valeur du travail, capacité apprenante du travail, réalisation de tâches complètes) ainsi que leur capacité à s'exprimer et à agir sur les deux premiers aspects (partenariat social, soutien managérial, soutien des collectifs)³.

Plusieurs zones de frictions se dessinent alors à l'intersection des enjeux du travail et des technologies numériques, entre l'automatisation de certaines tâches, ou la numérisation massive des systèmes d'information permettant la production et le maintien de l'activité des entreprises et des institutions. Plus spécifiquement dans le champ de la santé, l'Anact fait l'hypothèse que ces nouvelles technologies transforment et questionnent les pratiques professionnelles (relation de soin à l'utilisateur/patient, modalités de coopération entre différents corps professionnels, etc.) tout autant que les dynamiques organisationnelles et institutionnelles (fonctionnements collectifs, procédures, protocoles, support administratif).

Avec l'objectif d'appréhender plus finement les liens entre l'usage des technologies numériques et la qualité de vie au travail, il s'agirait de se doter d'un cadre d'analyse élargi permettant de questionner à la fois l'usage des technologies et les conditions de construction des transformations, mais également de développer la capacité des acteurs locaux à mieux comprendre les implications de ces transformations pour mieux dialoguer et négocier l'intégration des technologies et les dispositifs associés.

³10 questions sur la qualité de vie au travail, Anact, 2016

1.7 Comment explore-t-on ?

En 2022, les 9 Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) associées au projet ont chacune déployé un dispositif d'ACIA (Action Collective Innovante et Apprenante) impliquant 4 à 6 établissements chacune.

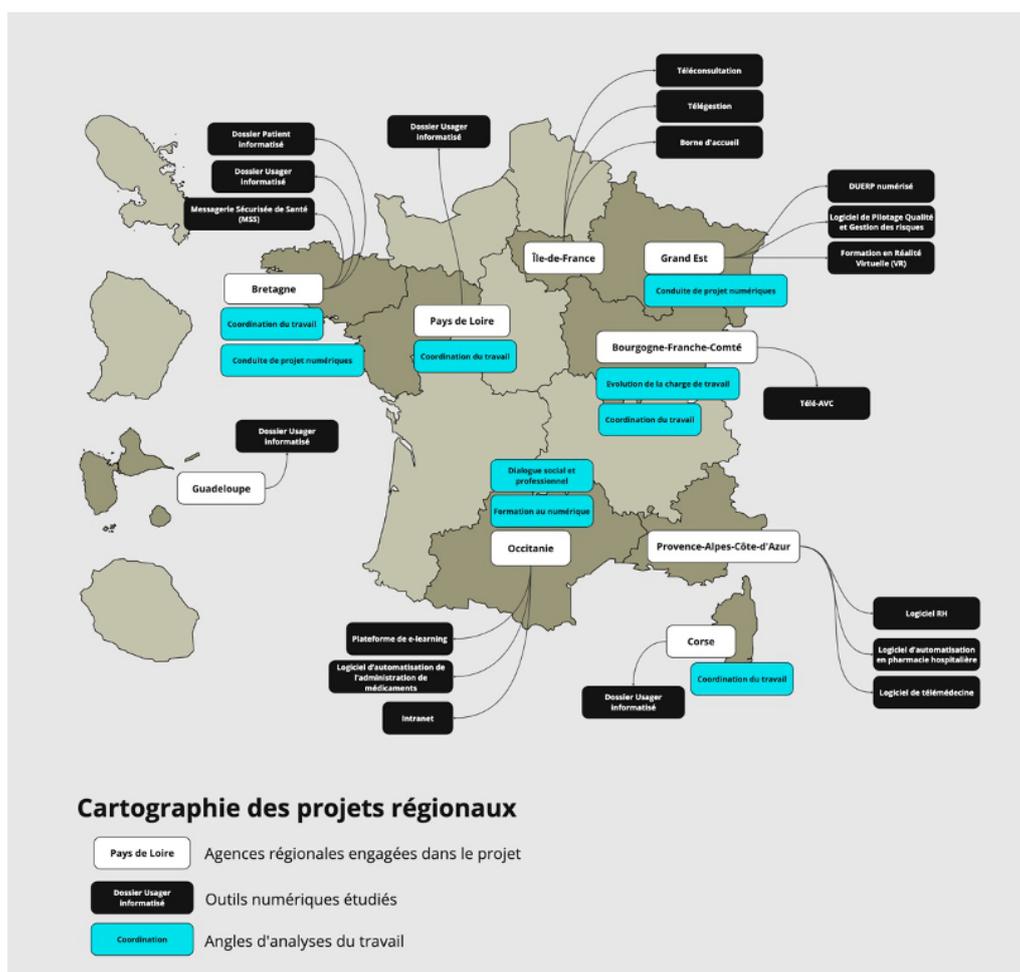
Par la réalisation de retours d'expériences sur des projets et outils numériques déjà déployés l'objectif était d'identifier des leviers d'action. Le même dispositif est reproduit en 2023 pour mener des expérimentations permettant de tester de nouvelles façons d'accompagner la réflexion et l'action collective sur la transformation numérique pour une meilleure QVCT.

La démarche proposée ne repose pas sur une approche purement experte. Elle s'appuie sur une mobilisation forte des acteurs pour renforcer l'appropriation des enjeux et des façons de faire, afin d'aller vers plus d'autonomie de ces mêmes structures. L'ACIA permet de mobiliser un nombre de structures favorisant la genèse, par la dynamique collective inter-établissements, d'effets plus importants et plus durables que les seuls dispositifs d'accompagnement individuel.

Les ACIA ont été construites sur la base de l'identification d'un projet de transformation numérique passé, en cours ou à venir (DPI ou DUI, outil de e-learning, dispositifs d'automatisation de tâches, messageries sécurisées, etc.), permettant ensuite d'élargir les problématiques techniques à des enjeux croisés entre qualité des conditions de travail, qualité du soin et qualité des systèmes techniques.

Elle s'appuie sur une mobilisation forte des acteurs pour renforcer l'appropriation des enjeux et des façons de faire, afin d'aller vers plus d'autonomie de ces mêmes structures. L'ACIA permet de mobiliser un nombre de structures favorisant la genèse, par la dynamique collective inter-établissements, d'effets plus importants et plus durables que les seuls dispositifs d'accompagnement individuel.

Les ACIA ont été construites sur la base de l'identification d'un projet de transformation numérique passé, en cours ou à venir (DPI ou DUI, outil de e-learning, dispositifs d'automatisation de tâches, messageries sécurisées, etc.), permettant ensuite d'élargir les problématiques techniques à des enjeux croisés entre qualité des conditions de travail, qualité du soin et qualité des systèmes techniques.



Elle s'appuie sur une mobilisation forte des acteurs pour renforcer l'appropriation des enjeux et des façons de faire, afin d'aller vers plus d'autonomie de ces mêmes structures. L'ACIA permet de mobiliser un nombre de structures favorisant la genèse, par la dynamique collective inter-établissements, d'effets plus importants et plus durables que les seuls dispositifs d'accompagnement individuel. Les ACIA ont été construites sur la base de l'identification d'un projet de transformation numérique passé, en cours ou à venir (DPI ou DUI, outil de e-learning, dispositifs d'automatisation de tâches, messageries sécurisées, etc.), permettant ensuite d'élargir les problématiques techniques à des enjeux croisés entre qualité des conditions de travail, qualité du soin et qualité des systèmes techniques.

2

**La numérisation
du travail en milieu
de santé : l'expérience
des travailleurs**

2.1. Le Dossier Patient Informatisé (DPI) ou Dossier Usager Informatisé (DUI) comme objet central d'analyse

2.1.1 Des outils numériques décuplés dans la structuration des systèmes d'information

Dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, le travail s'est vu progressivement augmenté de missions générées par l'usage d'outils numériques dans des temporalités différentes selon les secteurs d'activité. Ces missions sont réparties entre différentes professions et sont théoriquement mises au service du parcours de soin des patients mais également de la coordination professionnelle et de la gestion des établissements.

Il s'agit notamment de produire et organiser un nombre toujours plus conséquent de données et d'informations de natures différentes (données de santé, données personnelles, données administratives, données techniques et logistiques, etc.) permettant à des professionnels au sein d'une même équipe, d'un même établissement ou même de différents établissements, de documenter finement leur activité mais aussi de communiquer de la façon la plus efficace et précise sur le parcours de soin. Nous verrons que la répartition de ces tâches a des répercussions bien réelles sur l'organisation du travail, bien qu'elles soient variables d'un corps de métier à l'autre d'une situation à l'autre.

Les outils concernés par ce « *virage du numérique en santé* » sont nombreux et servent des fonctions diverses. Si l'on peut citer des cas d'outils de e-learning ou à visée thérapeutique (la réalité virtuelle par exemple), sans oublier les dispositifs médicaux robotisés ainsi que les évolutions techniques en matière d'imagerie médicale, les enjeux soulevés par nos enquêtes de terrain se situent majoritairement à l'endroit des systèmes d'informations des établissements sanitaires et médico-sociaux. Au cœur de ces évolutions techniques, le Dossier Patient Informatisé ou Dossier Usager informatisé (DPI/DUI) centralise bon nombre de questions, d'espoirs et de craintes.

2.1.2 Le Dossier Patient/Usager au centre des transformations numériques

Le DPI/DUI est un type de logiciel professionnel (progiciel) permettant de centraliser les dossiers des patients ainsi que les outils d'organisation de l'activité professionnelle autour de chaque patient. Alors que les outils analogiques séparaient, d'une part, les dossiers patients et, d'autre part, les outils de planification et de saisie de l'activité, le DPI/DUI promet à la fois une mise en conformité légale vis-à-vis des enjeux de protection des données personnelles mais également une meilleure efficacité de l'organisation du travail. Il doit notamment comporter, d'après l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), un volet administratif (identification du ou de la patiente et données socio-démographiques), un volet médical (ensemble d'informations recueillies et produites par les professionnels de santé), un volet agenda (gestion des rendez-vous), un volet social (droits sociaux), un volet médico-social (évaluations et demandes), un volet pharmacie (dotation du service, historique du patient, validation pharmaceutique, intervention pharmaceutique) ainsi qu'une GED (gestion électronique des documents) : téléversement de comptes-rendus d'imagerie, résultats de laboratoire, de biologie, d'anatomopathologie, courriers, documents scannés, comptes rendus d'hospitalisation, d'opération, d'accouchement. Autour du DPI/DUI, de nombreux outils numériques sont déployés pour améliorer certains pans spécifiques de l'activité de soin : organisation de prise de médicaments, amélioration du système de signalement des événements indésirables, automatisation de la retranscription de documents médicaux (comptes rendus, courriers, etc.), mise en place de messageries sécurisées, développement d'outils de télémedecine.

La nature de ces outils, leur architecture et leurs usages changent selon des critères nombreux : types de structure, éditeur de logiciel, fonctionnalités nécessaires, spécialité professionnelle ou médicale, situation géographique. Il est ainsi important de rappeler que les observations portées dans ce document sont le résultat d'enquêtes menées au sein de 56 structures sanitaires et médico-sociales (avec une majorité d'établissements médico-sociaux) qui n'a pas vocation à produire des conclusions générales mais à identifier des enjeux récurrents.

2.2 Gain de temps et charge de travail : le numérique allège-t-il le travail administratif ?

2.2.1 L'impensé de l'hybridité du travail

L'une des promesses annoncées des nouvelles technologies numériques dans le champ de la santé est le gain de temps dans les tâches administratives quotidiennes permettant de se concentrer sur le soin, au sens des interactions directes avec les patients. Plus précisément, les outils numériques permettraient une meilleure coordination des professionnels, ce qui aurait pour effet direct de réduire les micro-tâches de communication et de vérification.

Pourtant, ce qui est observé sur le terrain est de nature très différente : les dispositifs techniques ne sont pas pensés pour soutenir l'ensemble de l'activité de coordination, ce qui a pour effet de démultiplier les modes de coordination plutôt que de les centraliser. Le gain de temps espéré se transforme en charge de travail administratif décuplée dans beaucoup de situations. Si l'on peut pointer le manque de maturité de ces technologies numériques qui ont vocation à être améliorées, l'activité de soin comme les modes de coordination qu'elle appelle semblent ne pas pouvoir être complètement digitalisés.

L'hybridité du travail reste donc un impensé de ces transformations : les différents formats numériques (multiplication des logiciels, des messageries, des espaces de stockage des données), analogiques (plannings et listes sous formes de tableaux muraux, de cahiers ou de feuilles volantes) et oraux (réunions, communications téléphoniques ou en visioconférence) provoquent une déformation des temporalités du travail.

2.2.2 Déformations du temps de travail

Plusieurs cas de figure peuvent illustrer cette déformation des temps prévisionnels de travail : par exemple, certaines tâches sont effectuées plus rapidement grâce aux outils numériques. De nombreux barrages (notamment les multiples validations) ralentissent la circulation de l'information. Lorsqu'une tâche est théoriquement plus rapide à effectuer de façon numérique, dans les faits elle peut être réalisée plus rapidement par voie papier. Enfin, le numérique permet de franchir les frontières des heures et des espaces de travail, en favorisant le télétravail.

Par exemple, dans un service hospitalier d'imagerie médicale, une procédure numérique pour faire des demandes d'examens auprès de ce service a été mise en place. Si théoriquement, la procédure numérique permet de gagner du temps de traitement de l'information, dans les faits, le manque de formation des médecins amène à un usage maintenu du papier (il apparaît plus simple et rapide aux médecins de signer des piles de documents préalablement triés par des secrétaires médicales que d'apprendre une procédure numérique demandant de nombreux « clics »).

Par ailleurs les tâches administratives s'empilent alors que les emplois du temps ne sont pas réajustés. Les professionnels doivent alors créer du temps de toute pièce pour ces nouvelles tâches. Les professionnels sont contraints de « créer du temps de toute pièce » en ré-aménageant leurs activités et le temps qu'ils y consacrent. Enfin le numérique permet de franchir les frontières, les heures et les espaces de travail en favorisant le travail à distance et asynchrone.

L'organisation du travail et notamment de la charge de travail est basée sur les promesses techniques des outils avant même leur mise à l'épreuve réelle. Ces situations sont faites de promesses qui mettent alors les professionnels face à des choix difficiles entre impératifs administratifs et obligation de soin envers les patients. **Autrement dit la numérisation du travail souffre d'une mauvaise évaluation de ses contraintes et possibilités.**

2.3 Accès aux données et partage de l'information : le numérique en santé facilite-t-il la coordination ?

2.3.1 Gestion de l'accès différencié à l'information médicale

Le recueil d'informations et la production de données ne constituent qu'une partie du travail relatif aux outils numériques. La plus grande partie de ce travail se situe dans la gestion de la circulation de ces données et plus précisément leur transformation en informations contextualisées permettant l'activité de soin entre différents professionnels, établissements, et les patients. La mise en circulation de données de santé repose sur une organisation propre à chaque établissement des accès accordés à différents corps de métiers. La définition légale de l'équipe de soin permet de construire locale-

ment des habilitations et des droits d'accès aux données. Le Code de la Santé définit une équipe de soin comme « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes, choisissant d'assurer leurs activités de soins sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent*¹ », permettant ainsi aux membres de l'équipe de soin d'un patient d'accéder théoriquement à toutes les données nécessaires à la mise en œuvre du projet de santé.

Néanmoins, dans la pratique, l'organisation hiérarchique des équipes de soin amène à une gestion des accès différenciée. L'accès à la donnée n'est plus simplement un enjeu juridique mais également une problématique managériale qui pré-existe à la question numérique. Les questions de partage plus ou moins discrétionnaire de l'information ne date pas du numérique, et révèlent des logiques de pouvoir. Par exemple, dans un dispositif d'organisation des soins à domicile que nous avons pu observer, les aides-soignants et aides-soignantes peuvent techniquement discuter en « *privé* » sur une messagerie sécurisée de santé (MSSanté) avec les autres intervenants et intervenantes au domicile mais leur responsable d'équipe s'y oppose car elle veut conserver une vision panoptique des échanges pour pouvoir réguler et organiser le travail.

2.3.2 Un manque de transparence des systèmes d'information

Si dans certains cas, on constate que la numérisation des systèmes d'information permet aux professionnels de mieux comprendre leurs rôles et contributions respectifs au parcours de soin, le plus souvent les professionnels n'ont qu'une connaissance parcellaire du fonctionnement du système d'information et sont amenés à alimenter un logiciel avec des informations dont ils ne connaissent ni la destination ni l'usage final. Dans bon nombre de structures du médico-social, la numérisation de l'information constitue une forme d'archive devenue légalement obligatoire qui n'est pas directement utilisée au quotidien (elle ne permet pas de communiquer avec les patients ni avec les équipes de soin et d'accompagnement). Cette connaissance partielle amène à remettre en question la fiabilité des données sous leur forme numérique. Si pour certains médecins, il n'est pas évident de faire confiance à des données d'examens réalisés par des collègues à distance, comme cela peut être le cas dans le dispositif de télé-AVC que nous avons pu observer, certains professionnels (par exemple, des assistantes médico-administratives) doublent par mail les transmissions effectuées via le DPI, afin de s'assurer que les destinataires y aient bien accès.

2.3.3 Défaillances techniques, zones blanches et craintes de la panne

Entre sécurisation des données et pratique effective de soin, de nombreuses tensions se développent : les problèmes de connexion dans les zones blanches (pas ou peu desservies par certains réseaux de télécommunication) interrompent régulièrement le travail, obligeant à opérer des formes de « *rematériation stratégique* ». Ce terme de rematériation stratégique, utilisé par un éducateur spécialisé lors d'une journée nationale du numérique en santé dans le secteur médico-social, désigne des processus de retour au papier ou de doublons pour palier aux éventuels dysfonctionnements des outils numériques. Dans plusieurs hôpitaux observés, on constate que la sécurisation des données ralentit l'activité. Dans un cas en particulier, les identifiants d'accès au logiciel ne sont communiqués qu'au bout de 2 mois d'activité, ce qui oblige à contourner les protocoles en mettant en place un mot de passe unique qui circule entre les professionnels nouvellement arrivés. Dans un autre cas observé, un protocole de déconnexion rapide des postes d'ordinateur circulant sur des chariots dans les couloirs oblige les infirmiers et infirmières à se reconnecter entre chaque patiente. Plus généralement, les situations d'urgence qui caractérisent une part conséquente de l'activité de soin ne peuvent souffrir de lenteurs liées à des problèmes techniques d'accès aux informations indispensables. Il semble également persister une crainte de pannes des systèmes techniques, ancrée dans le souvenir de certains événements ayant par le passé entraîné des mises en difficulté sévères de l'activité (et qui refont surface avec les séries de cyber-attaques subies par plusieurs établissements ces dernières années). Si les systèmes sont aujourd'hui de plus en plus fiables, la promesse de « *l'information en temps réel* » reste inatteignable car les professionnels ne parviennent pas à mettre à jour en temps réel les logiciels (essentiellement pour des raisons de temps disponible). Dans le cas de la mise à jour des ordonnances médicales, cela peut avoir des conséquences graves car les prescriptions peuvent évoluer très rapidement et il est primordial que les infirmiers et infirmières administrant les traitements aient accès en temps réel aux prescriptions.

¹ [Article 18 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du Code de la Santé.](#)

2.3.4 Les outils numériques ne sont pas des machines autonomes

Force est alors de constater que les dispositifs numériques ne fonctionnent pas de façon autonome et exigent un travail de coordination continu. Même lorsque des cadres techniques et juridiques sont mis en place, cela ne suffit pas à organiser les usages. Par ailleurs, ces outils numériques sont souvent pensés pour un usage individuel : il n'est pas toujours possible de travailler en simultané, ce qui oblige à décaler les saisies et augmente le risque d'erreur.

Ainsi, les cohabitations qui persistent entre des supports analogiques et numériques amènent à multiplier les saisies des mêmes informations, créant parfois des doublons indésirables et qui mettent l'activité de soin en difficulté. Le constat de l'appropriation partielle des outils par différents professionnels amène à une information morcelée et incomplète qui génère des doutes, obligeant le plus souvent à des vérifications orales (qui sont naturelles en contexte professionnel mais sont de moins en moins encouragées par la hiérarchie).

Si le logiciel permet d'accéder à des informations utiles, il ne suffit pas à équiper le travail de coordination qui peut reposer sur d'autres outils développés par les équipes de travail (cahiers de liaisons, tableaux, post-it, etc.). Dans un service d'accompagnement au domicile des personnes en situation de handicap utilisant un Dossier Usager Informatisé (DUI), on constate que les informations sont organisées par patient : les professionnels n'ont donc pas de vision d'ensemble sur leur propre activité quotidienne, ce qui les oblige à penser d'autres formats pour organiser leur travail. Il s'agit souvent d'une association de documents sur papier (liste de choses à faire) et de documents numériques (tableur regroupent les usagers et usagères en cours de suivi et les informations nécessaires à la coordination avec d'autres partenaires).

2.3.5 Usages parcellaires des outils numériques

Dans le cadre d'un projet régional sur la mise en place d'un dispositif de téléAVC, la coordination doit reposer sur des protocoles et des conventions définis pour encadrer la mise en œuvre du dispositif. Cependant, ils ne sont pas toujours mis à jour. Ainsi, les outils numériques font l'objet d'usages parfois détournés en fonction des besoins des professionnels et de leurs établissements et sont coordonnés via des processus informels.

Ces observations interrogent l'intégration des technologies dans l'organisation territoriale de la santé, bien au-delà de l'échelle des professionnels seuls. Ailleurs, l'utilisation d'une Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté) entre différents professionnels intervenant au domicile de leurs patients n'a rien d'évident : si l'outil est supposé permettre une meilleure coordination entre des professionnels qui ne dépendent pas des mêmes structures et travaillent de manière indépendante, le manque de règles collectives d'usage de cette messagerie amène des usages fantomatiques de l'outil : chaque professionnel s'en saisit d'une façon personnalisée, malgré la mise en place d'une « *coordinatrice de parcours* ».

Par exemple, cette messagerie n'est pas conçue pour gérer les urgences (remplacement d'un collègue au pied levé, empêchement du côté des patients, etc.), ce qui oblige à conserver des modes de coordination essentiellement téléphoniques. Dans le cas de la télé-AVC, il est nécessaire d'aménager des espaces dédiés aux consultations : dans un établissement observé, les médecins font leurs téléconsultations dans un espace de travail collectif, soumis au passage et au bruit, via des équipements qui ne supportent pas la visioconférence et obligent à faire des consultations multisupports, le téléphone dans une main et les yeux sur l'écran de l'ordinateur.

2.3.6 Opacité des systèmes d'information du point de vue des patients

La place des patients dans cette chaîne de circulation des données est un angle mort de la conception et de l'implémentation de ces nouveaux systèmes d'information. Si la promesse est faite de rendre ces données accessibles aux patients conformément au droit à la portabilité formulé dans le RGPD, dans les faits, différents facteurs (protocoles de sécurisation, manque d'interopérabilité, jeux de traduction de la terminologie médicale, etc.) empêchent les professionnels de partager par des moyens numériques leurs dossiers avec les patients. Si la mise en place récente du dispositif « *mon espace santé* » promet un accès simplifié des patients à leurs dossiers de soin et données de santé, on constate aujourd'hui qu'un grand nombre de documents sont encore imprimés pour être transmis aux patients.

2.3.6 Opacité des systèmes d'information du point de vue des patients

Finalement, la place des patients dans cette chaîne de circulation des données est un angle mort de la conception et de l'implémentation de ces nouveaux systèmes d'information. Si la promesse est faite de rendre ces données accessibles aux patients conformément au droit à la portabilité formulé dans le RGPD, dans les faits, différents facteurs (protocoles de sécurisation, manque d'interopérabilité, jeux de traduction de la terminologie médicale, etc.) empêchent les professionnels de partager par des moyens numériques leurs dossiers avec les patients. Si la mise en place récente du dispositif « mon espace santé » promet un accès simplifié des patients à leurs dossiers de soin et données de santé, on constate aujourd'hui qu'un grand nombre de documents sont encore imprimés pour être transmis aux patients.

2.3.7 La promesse de l'interopérabilité

Ces constats concernant la coordination de l'activité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux nous permettent de mettre en perspective une promesse qui se présente comme incontournable en matière de numérique en santé : l'interopérabilité. Définie par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) comme « *un ensemble de référentiels qui s'applique à tous les acteurs de la e-santé de façon à ce que les données de santé puissent efficacement être échangées et partagées de manière dématérialisée* », l'interopérabilité est présentée comme une condition *sine qua non* de la réussite des transformations numériques en santé. Souvent brandie comme une promesse technique au service de la prise en charge des patients et de la gestion administrative du système de santé, l'interopérabilité demande une uniformisation des langages à la fois professionnels et techniques qui se heurte à de nombreuses difficultés et réticences.

Pour comprendre les enjeux de cette promesse présentée avant tout comme un appareillage administratif et technique, plusieurs niveaux d'analyse sont nécessaires :

- **Le niveau technique**

Aujourd'hui, toutes les applications logicielles ne sont pas encore interopérables en interne des structures et vers l'externe : le travail de récupération et de traduction des données s'avère difficile à mettre en œuvre, notamment lorsque certains logiciels opèrent des cycles de mise à jour nécessitant d'écraser les données saisies. Le nombre de logiciels utilisés dans les établissements ne cesse de croître tandis que la gestion de leurs mises à jour et remplacements suit des temporalités indépendantes d'un projet numérique à l'autre. S'ajoutent à cela les évolutions rapides des normes techniques (« *les référentiels sont une matière vivante* », d'après l'ANS) qui obligent les éditeurs de logiciels et les établissements clients à revoir sans cesse les frontières des projets menés.

Par ailleurs, le dialogue sur les critères d'uniformisation technique est essentiellement porté par les institutions et les éditeurs de logiciels qui se conforment aux référentiels et proposent aux établissements des solutions clés en main qu'il est très difficile d'adapter aux particularités des établissements. Cette question pose singulièrement problème dans les structures médico-sociales, qui doivent s'adapter à des outils conçus pour des structures sanitaires : les termes et l'architecture des outils doivent être contournés ou bien ne sont que peu utilisés.

- **L'interprétation des cadres juridiques**

L'interopérabilité doit reposer sur des préalables juridiques relatifs à différents enjeux : la protection des données, encadrée par le RGPD depuis 2018 (confidentialité, périmètre d'accessibilité des données), et son articulation avec le secret professionnel, encadré par le Code de la Santé. Quels usages sont faits des données qui circulent ? Qui en porte la responsabilité ? Quelles pratiques numériques relèvent du secret professionnel ? Quels espaces et pratiques sont sécurisés et lesquels ne le sont pas ? Ce sont autant de questions qui appellent des réponses construites au niveau national et qui ne connaissent aujourd'hui que des débuts de réponses construites localement à partir de besoins spécifiques.

- **Le niveau socio-organisationnel**

Les impératifs techniques relatifs à l'interopérabilité masquent bien souvent les contraintes sociales propres aux personnes qui travaillent au contact des outils numériques : les outils numériques ne peuvent être implémentés en dehors de toute considération pour les cadres relationnels existants, notamment la relation manager / salarié, soignant / non soignant. L'interopérabilité exige une standardisation des processus pour les articuler entre eux, ce qui conduit à une certaine forme d'automatisation de la prescription (pas que médicale) : la manière dont le travail est managé, les possibilités de régulation et *in fine* le rôle du médecin ou du manager sont alors bouleversés. On constate des risques possibles en matière de standardisation du travail (les éditeurs de logiciels ne parviennent pas à suivre le rythme des transformations des organisations du travail, proposant des outils peu flexibles qui obligent les professionnels à contourner ces outils pour leur préférer une médiation par le papier), de division du travail (les nouvelles missions associées à des outils numériques ne font pas toujours l'objet d'une répartition claire entre les différents professionnels), de disparition des espaces d'échange pour répondre aux exigences du système d'information numérique plutôt qu'aux contingences du terrain (les processus de validation étant en partie numérisés, de nombreux échanges de vive voix ne sont plus obligatoires), etc.

Aujourd'hui, dans les établissements que nous avons pu observer, l'interopérabilité semble être un mythe inatteignable. Ainsi, plutôt que de nourrir une promesse démesurée d'interopérabilité globale et totale au travers d'autoroutes de l'information, pourquoi ne pas accepter le principe d'une interopérabilité partielle pour concentrer l'attention des acteurs sur les nœuds intermodaux qui permettent de construire de réelles modalités de coordination et de mise en discussion du travail ?

2.4 Qualité des soins, qualité de travail, qualité des données : convergence ou dissonance ?

2.4.1 Qualifier les données de santé

Les formes de travail associées aux outils numériques (recueillir, produire, organiser, exploiter, interpréter des données puis gérer leur circulation entre différents acteurs) ne sont pas nécessairement nouvelles car elles existaient déjà sous formes analogiques : la complexification des organisations du travail a amené à produire des outils permettant d'organiser l'information dans des secteurs très variés¹, comprenant celui de la santé.

Si les données de santé définies par la CNIL légalement comme des « *données à caractère personnel concernant la santé sont les données relatives à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique (y compris la prestation de services de soins de santé) qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne*² », les textes juridiques laissent des zones grises qu'il appartient alors aux établissements d'encadrer : les transmissions effectuées par des professionnels non soignants (comme les Aides Médico-Psychologiques) peuvent-elles être considérées comme des données de santé ? Des informations relatives à la vie quotidienne, à l'état émotionnel ou aux interactions entre patients sont-elles des données de santé ? La qualification du professionnel qui produit ces données ainsi que le type de documents dans lesquels elles sont renseignées sont-ils des critères pour définir une donnée de santé ? Par exemple, dans le cadre d'un projet visant à mettre à disposition des tablettes aux Agents de Service Logistique et d'Hospitalité (ASLH) pour accéder à un logiciel de coordination de l'activité, on peut s'interroger sur le statut des données concernant les patients si celles-ci permettent de faciliter l'activité (par exemple, mentionner l'agitation d'un patient pour faciliter l'entretien des espaces).

Un certain nombre de structures, notamment dans le secteur médico-social, ne parviennent pas à répondre de manière claire à ces questions (qui leur sont posées par les institutions et les industriels) et tandis que certaines préfèrent considérer par défaut toutes les données comme des données de santé afin de ne pas se mettre en défaut légalement, certains établissements préfèrent considérer que leur activité ne relevant pas d'une activité de soin (car ils ne produisent pas de données de santé mais les font seulement circuler), ils ne doivent pas souscrire aux mêmes impératifs de sécurité que les établissements sanitaires.

¹ Denis, Jérôme. Le travail invisible des données : Éléments pour une sociologie des infrastructures scripturales. Paris : Presses des Mines, 2018.

² CNIL, « [Qu'est-ce qu'une donnée de santé ?](#) ».

Derrière les débats sur cette définition, ce sont des choix techniques économiques et sociaux d'ampleur qui en dépendent : les données de santé doivent faire l'objet de modalités d'hébergement particulièrement sécurisées et plus onéreuses.

Cependant, les données de santé ne représentent qu'une partie des données produites et en circulation dans les établissements de santé. On peut distinguer les données de santé, qui sont une sous-catégorie des données personnelles, des données administratives (permettant notamment la coordination du travail et la gestion financière de l'établissement). Ces données sont produites et circulent de façon analogique (papier, tableaux, oral) et numérique (progiciels sur tablette, smartphone ou poste d'ordinateur). Elles concernent bien sûr les patients mais également les travailleurs et travailleuses, dont on collecte des informations liées à leur condition d'emploi et les tâches qui constituent leur activité. Néanmoins, si l'on peut définir des statuts différents pour ces types de données, il est en réalité difficile de les distinguer : un rendez-vous sur un planning est à la fois une donnée de santé pour le patient mais aussi une donnée d'activité (relative à la mesure des actes effectués par un médecin). Elles peuvent toutes deux être considérées comme des données administratives mais elles sont autant des données personnelles dès lors qu'elles rendent possible directement ou indirectement l'identification d'une personne.

2.4.2 Transformations des pratiques d'écriture

Ces débats sur la qualification des données et les infrastructures matérielles qui soutiennent leur production et leur circulation ont des répercussions directes sur le travail. Les flous organisationnels et juridiques entraînent la modification des pratiques d'écriture professionnelle, à la fois dans leur contenu et leur forme. Par exemple, dans un service d'accompagnement de personnes en situation de handicap, les professionnels hésitent à renseigner toutes les informations dont ils disposent dans le logiciel dédié car ils ne maîtrisent pas la destination de ces données, ce qui pourrait les mettre personnellement en difficulté ou bien engager juridiquement la structure, notamment si ces informations sont partagées avec les usagers et leur famille. Concrètement, un professionnel ne peut inscrire dans le logiciel une information, considérée comme importante dans la qualité de prise en charge du bénéficiaire, dont il n'a pas la preuve concrète, même s'il en a une forte intuition (par exemple, un usager en état d'ébriété).

En ce qui concerne la forme, on assiste à un lissage rédactionnel : les professionnels décrivent moins précisément les situations (par manque de temps, par peur d'en dire trop ou de dire mal) et sont soumis à des modalités d'écriture prescrites par les logiciels (alors que le papier permet possiblement de contourner davantage la rigidité formelle). Ainsi, le geste professionnel se voit parfois tronqué ou empêché : un médecin qui ne peut pas déployer à l'écrit une analyse médicale complexe ou un aide-soignant qui est moins à l'aise à l'écrit qu'à l'oral. Par exemple, dans le cadre de la mise en place d'un logiciel d'automatisation des prescriptions pharmaceutiques au sein d'un CHU observé dans le cadre de ce projet, les médecins doivent adapter leur manière de formuler les prescriptions médicales en fonction du codage du progiciel, et apprendre de nouvelles métriques pour prescrire des dosages médicamenteux.

Si ces outils sont amenés à s'améliorer progressivement, leurs erreurs initiales créent des craintes d'autant plus importantes chez les professionnels. Lorsque des outils de reconnaissance vocale sont mis en place pour effectuer le travail de saisie des assistants médico-administratives, les approximations d'interprétation de l'outil sont légion : les accents de certains et certaines médecins d'origine étrangère sont mal reconnus, tandis que le vocabulaire médical, parfois très fin, nécessite souvent une contextualisation humaine (par exemple, la distinction entre « *post-urologie* » et « *posturologie* » est difficile à faire à l'oral).

Ainsi, les nombreuses cases et menus déroulants des formulaires intégrés à des logiciels complexes ne sont que le prolongement d'un effort plus ancien d'uniformiser l'activité de soin. Pourtant, on constate que les modalités de « fabrication » ou de recueil des données varient non seulement d'un établissement à l'autre mais également au sein même des établissements, d'une spécialité à l'autre, d'une profession à l'autre ou même entre deux équipes de soins complémentaires.

2.4.3 Le travail du care et le travail médico-administratif

Nous avons longuement décrit les formes de travail qui tendent aujourd'hui à reposer sur des outils numériques. Ces formes de travail peuvent parfois impacter directement le geste de soin envers les patients ; mais la plupart du temps, on distingue le travail de maintien du système d'information des structures de santé des gestes de soin et plus précisément des gestes médicaux. Pourtant, il devient de

plus en plus complexe de dessiner une frontière étanche entre ces différents gestes professionnels : s'ils s'incarnent aujourd'hui dans la répartition de tâches attribuées à différents corps de métiers (soignants et personnel administratif), on observe que les soignants sont de plus en plus astreints à opérer ce travail administratif numérisé et voient alors leur temps de soin direct auprès des patients diminuer.

Si la question des effectifs, de plus en plus réduits dans le secteur de la santé, est un premier élément de réponse à l'organisation renouvelée du travail dans ces espaces, il semble important de questionner la manière dont le soin est redéfini par la numérisation des systèmes d'information.

La définition de l'activité de soin de la HAS souffre aujourd'hui d'imprécisions relatives aux gestes administratifs qui soutiennent le soin direct aux patients. Ce terme de soin fait l'objet d'élargissements, avec l'apparition du terme « travail du care », notamment théorisée par la psychologue Pascale Molinier : « *Le travail de care désigne ainsi des activités où le souci des autres est explicitement au centre, le travail des infirmières et des aides-soignantes, par exemple, mais il désigne également des activités plus éloignées du soin, au sens curatif du terme* ».

Ainsi, l'activité de soin ne s'incarne pas seulement dans l'expertise médicale curative mais peut être définie d'une part, par la prise en charge du malade (sujet du « care »), et d'autre part, par la lutte rationnelle contre la maladie (objet du « cure ») comme caractérisée par le philosophe-médecin Georges Canguilhem³. Les débats qui animent aujourd'hui le monde de la santé sur la distinction entre « cure » et « care » adressent notamment la question de la place des technologies dans le processus de soin.

À ce sujet, la philosophe et anthropologue Annemarie Mol ne limite pas le soin à une série de décisions médicales mais le rapproche d'une forme de « bricolage » : « *un montage ingénieux avec les corps, les technologies et les connaissances – aussi bien qu'avec les personnes*⁴ ».

Les formes numérisées du travail administratif semblent elles aussi interroger cette définition du soin car elles remodelent les frontières entre différentes professions et leur implication dans le geste de soin : si un médecin passe désormais autant de temps à saisir des informations sur son ordinateur qu'avec ses patients⁵, tandis que l'assistante médico-administrative avec qui le ou la médecin travaille passe un temps conséquent à aiguiller les patients, forte d'une expertise qu'elle trouve dans les tâches de gestion de dossier numérique qui lui incombent, le soin est-il toujours le même qu'il y a quelques décennies, alors même que la promesse du virage numérique était d'en améliorer la qualité ?

Si les données de santé sont des informations rattachées directement au corps des patients, peut-on imaginer une forme d'attention, si ce n'est de « soin », porté aux données ? Si la bonne tenue des soins nécessite aujourd'hui une organisation tentaculaire qui repose sur la circulation d'informations, le soin apporté aux infrastructures techniques devient-il une priorité ?

2.4.4 Prendre « soin » des données ?

Les sociologues Jérôme Denis et David Pontille utilisent le terme de « soin » pour interroger le travail de maintenance du monde matériel qui supporte nos vies quotidiennes. Si les « choses » ne sont pas des objets inertes mais des actrices à part entière de notre monde social, faut-il en prendre soin ?

Jérôme Denis a spécifiquement étudié ce qu'il nomme « *le travail des données* », c'est-à-dire les activités d'écriture qui permettent d'alimenter et de maintenir les systèmes d'information dont dépend en grande partie notre monde contemporain et occidental et en décrit notamment l'invisibilité. Le travail administratif numérique de plus en plus massif dont doit s'enquérir une vaste majorité des professionnels de santé peut s'apparenter à ce « *travail des données* », qui n'est pas reconnu comme une activité primaire de soin mais comme une tâche secondaire nécessaire à la coordination de l'information, alors même que l'outillage numérique pour ce « *travail des données* » fait l'objet d'investissements massifs.

Ces questions doivent faire l'objet d'une réflexion attentive : le soin est nécessairement redéfini par les technologiques numériques qui reconfigurent l'activité, non pas parce que le numérique est nouveau et innovant, mais parce que les processus organisationnels, juridiques, philosophiques que nécessitent sa mise en place défont le soin tel qu'il est pensé et organisé.

³ Molinier, Pascale. *Le travail du care*. Paris : La Dispute, 2020

⁴ Annemarie Mol. *Ce que soigner veut dire : Les patients, la vie quotidienne et les limites du choix*. Traduit par Monique Debauche et Chantal Debauche. Paris : Presses des Mines, 2013.

⁵ Bossen, Claus, Kathleen H Pine, Federico Cabitza, Gunnar Ellingsen, et Enrico Maria Piras. « Data Work in Healthcare: An Introduction ». *Health Informatics Journal* 25, n° 3 (1 septembre 2019) : 465-74.

3

**Déploiement du
numérique en santé :
l'expérience
des organisations**

3.1 Évolution des compétences et des métiers : la formation aux outils est-elle suffisante ?

3.1.1 Un accès inégal au numérique

Si l'on a tendance à opposer aux machines un corps homogène d'humains (plus particulièrement de professionnels), il est nécessaire de considérer les particularités de chacun d'entre eux, du point de vue de leurs compétences et savoirs, leur place dans l'organisation, leur statut professionnel ou leurs caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, origine sociale), afin de comprendre plus finement comment la numérisation des systèmes d'information en santé affecte les pratiques professionnelles. Si les outils numériques ont la particularité de toucher, d'une manière ou d'une autre, l'ensemble des métiers qui traversent le milieu de la santé, la compréhension de ces outils et les modalités d'accès peuvent être différentes : le niveau de formation, le rapport personnel au numérique ou encore l'âge sont autant de facteurs qui créent des inégalités d'accès au numérique.

Certains d'entre eux expriment alors des craintes : la possibilité d'une traçabilité accrue de leur travail et donc des formes de contrôle nouvelles, l'évolution de certains métiers et des compétences qui y sont associées, l'illectronisme qui peut masquer des problèmes d'expression écrite en langue française, etc. Et au-delà de l'accès inégal des personnes au numérique comme un problème en soi ou une fatalité, c'est aussi une problématique d'(in)attention organisationnelle partielle à ces situations d'inégalité qu'il s'agit ici de pointer.

3.1.2 Des dispositifs de formation incomplets

Les dispositifs de formation qui accompagnent la mise en place de nouveaux outils de travail (y compris numériques) sont souvent soulignés comme points faibles dans la conduite des projets numériques. Ces formations sont souvent jugées inadaptées par les professionnels concernés dans leur format, leur temporalité et les personnes à qui elles s'adressent. Dans un dispositif de télé-AVC observé, la formation concerne à la fois les établissements experts (qui disposent des médecins experts des AVC) et les établissements requérants (desquels émanent des demandes de la part de médecins urgentistes) : dans les deux cas, la formation nécessaire à la prise en main des outils est parfois sous-estimée et réservée aux seuls médecins (les professionnels paramédicaux, les infirmiers et infirmières et les cadres de santé n'y sont pas formés). Le *turn over* parfois important complexifie la mise en place d'actions de formations qui peuvent alors se faire sur le tas. Dans un autre établissement, qui connaît un système d'information « en mode dégradé » et une situation géographique isolée de la métropole, les formations (initiales, et pas continues) se font essentiellement en visioconférence et ne sont pas suivies d'exercices de mise en pratique (notamment la production de « *transmissions* »).

Les modalités des formations (distanciel ou présentiel, apprentissage en autonomie ou en groupe, système de binômes, tutorat, langue des formations) et de validation (souvent dominé par le format du quizz) posent plusieurs questions : bien que l'on trouve des établissements ayant mis en place des formations intégrant les contextes d'usage d'un outil numérique et son appréhension dans l'espace et dans le temps, le plus souvent, la formation à un outil numérique est associée en premier lieu à une formation technique qui est jugée facile à mettre en place en e-learning. En nous appuyant sur nos observations de terrain, nous constatons que les formations dispensées sont des formations initiales préalables à la mise en place des outils et n'accompagnent pas les professionnels tout le long du projet. Ces formations génériques ne prennent pas en compte les difficultés spécifiques qui peuvent être rencontrées lorsque les outils sont réellement mis en service (et pas seulement sous leur version beta).

On constate ainsi plusieurs angles morts de la formation aux outils numériques :

- Le manque de formation à l'écosystème informationnel des structures et, plus largement, à la circulation des données (de santé) entre différentes institutions.
- Le manque de formation aux enjeux éthiques propres au secret professionnel, à la protection des données des patients.
- Le manque de formation (et même de mise en place) de règles de métiers propres à l'usage de ces outils.
- Le manque de continuité dans les formations proposées.
- Enfin, la formation à ce type d'outil est absente de la formation initiale aux métiers concernés. Si les métiers du secrétariat sont formés de manière générique aux outils bureautiques informatiques, la formation à des outils plus récents comme le Dossier Patient/Usager Informatisé.

Néanmoins, dans la pratique, l'organisation hiérarchique des équipes de soin amène à une gestion des accès différenciée qui n'est pas forcément justifiée légalement. L'accès à la donnée n'est plus simplement un enjeu juridique mais également une problématique managériale qui pré-existe à la question numérique. Les questions de partage plus ou moins discrétionnaire de l'information ne date pas du numérique, et révèlent des logiques de pouvoir. Par exemple, dans un dispositif d'organisation des soins à domicile que nous avons pu observer, les aides-soignants et aides-soignantes peuvent techniquement discuter en « privé » sur une messagerie sécurisée de santé (MSSanté) avec les autres intervenants et intervenantes au domicile mais leur responsable d'équipe s'y oppose car elle veut conserver une vision panoptique des échanges pour pouvoir réguler et organiser le travail. meilleure coordination entre des professionnels qui ne dépendent pas des mêmes structures et travaillent de manière indépendante, le manque de règles collectives d'usage de cette messagerie amène des usages fantomatiques de l'outil : chaque professionnel s'en saisit d'une façon personnalisée, malgré la mise en place d'une « coordinatrice de parcours ».

3.1.3 Redéfinir les notions de compétence et de pratique (professionnelle et numérique)

Aussi, il n'est pas possible de détacher le questionnement sur les pratiques numériques de celui sur les pratiques professionnelles. Comme se le remémore cette assistante médico-psychologique d'un IME, « *concernant la rédaction des transmissions, il y a eu un module de formation (digiformat) qui donnait des indications plus techniques que de contenu. À l'inverse, c'est en formation métier autour de l'autisme qu'il y a eu un rappel autour du contenu de la transmission* ».

Au-delà de la question de la formation, la notion de « compétence » doit également être interrogée : quel type de compétences la formation à des outils numériques permet-elle d'acquérir ? Les compétences purement techniques (savoir ouvrir et se connecter sur un logiciel, le manipuler, l'alimenter), qui représentent la majeure partie des contenus de formations, sont-elles comparables ou complémentaires à des compétences produites par l'expérience de l'usage d'un outil numérique dans des situations d'interaction humaine (qu'il s'agisse de la relation aux patients et usagers ou les relations professionnelles) ? Comment préparer au mieux les professionnels à ces situations d'interactions humaines via l'usage d'un outil numérique ? Comment valoriser une compétence produite par l'expérience de l'usage (et pas seulement produite par l'assimilation d'un ensemble de règles techniques) ?

Les formations gagneraient-elles à s'appuyer sur des formes de cartographies des compétences acquises et à acquérir au sein d'une équipe de travail, afin d'en proposer des variations adaptées à chaque profil ? Il existe un enjeu à rendre visibles les compétences acquises dans le cadre de l'usage de ces nouveaux outils dans les fiches de poste et les entretiens annuels : elles sont des compétences à la fois techniques, organisationnelles, relationnelles et possiblement transversales. Elles doivent venir s'articuler aux compétences métier qui leur préexistent et renforcer une professionnalité qui demande à être mieux reconnue.

De plus, ces questionnements sur les compétences nécessaires à la réussite de la transformation numérique en santé ne se limitent pas aux seuls utilisateurs finaux, mais, comme nous le préciserons plus loin, ils touchent aussi les managers, les acheteurs, les concepteurs et les fournisseurs de technologies numériques.

Finalement, une réflexion doit être menée sur l'équilibre entre le gain de temps promis par la mise en place de ces nouveaux outils, le temps nécessaire à leur connaissance approfondie et l'évolution des pratiques professionnelles associées aux usages de ces outils : combien de temps faut-il pour gagner du temps ? Et qu'est-il fait du temps gagné et/ou pris par les uns ou les autres ?

3.2 Adaptations, bricolages et contournements des outils numériques : est-ce seulement aux professionnels de santé de s'adapter ?

Les pratiques professionnelles autour de l'usage d'outils numériques que nous avons pu observer dans différents établissements font l'objet de nombreuses formes d'adaptation, de bricolage ou même de contournement. Paradoxalement, si le numérique change le travail (comme évoqué précédemment), nous notons également des usages peu développés de certains outils numériques, même lorsque que ces derniers sont en place depuis plusieurs années. Si beaucoup de professionnels reconnaissent l'utilité de certaines des fonctionnalités proposées par ces outils et les infrastructures qui les sous-tendent (dans l'optique d'une meilleure traçabilité des parcours de soin ou d'un accès facilité à l'information), ils ne répondent que partiellement à leurs besoins immédiats et quotidiens en termes d'organisation de leur activité. Pour autant ces besoins ne sont que rarement identifiés et exprimés par les professionnels ou leurs représentants et représentants. Ils et elles restent soumis à des logiques d'adaptation et, plus précisément, d'accommodement. Dans une structure de services à la personne observée, une équipe projet a été mise en place pour effectuer l'analyse des besoins relatifs à la mise en place d'un planning numérique.

Composé principalement de membres de la direction et des fonctions supports, le personnel soignant et accompagnant, destinataire du logiciel, n'a pas été associé aux discussions. Lors de l'implémentation de l'outil, les codes d'accès envoyés par mail en début de mois pour accéder au planning n'ont pas été utilisés (possiblement parce que ce planning est illisible sur smartphone). C'est le planning papier mensuel (annoté en fonction des modifications apportées) qui a continué d'être utilisé, complété marginalement par d'autres modes d'organisation : un tableau Excel mis à disposition sur un serveur partagé mais non sécurisé pour assurer le suivi de l'activité. Cet exemple montre que les outils ne viennent pas se fondre dans l'activité des professionnels comme s'ils étaient ajustés à leur main mais les conduisent à penser et organiser autrement l'exercice de leur activité.

3.2.1 Le mirage du « zéro papier »

Le principal indicateur de ces modes d'accommodement réside dans les usages persistants (voire résistants ?) du « papier ». Qu'il s'agisse de tableaux, de cahiers de liaison ou de transmissions, de feuilles volantes ou de post-it, ces objets analogiques permettent de « bricoler » la coordination du travail : il ne s'agit pas de dire que ces systèmes sont précaires ou temporaires mais bien qu'ils permettent une grande capacité d'adaptation des professionnels aux aléas quotidiens. Ces bricolages sont toujours singuliers et contextualisés. Par exemple, un tableau peut servir à tracer collectivement et quotidiennement les selles des résidents d'un Ehpad, alors que l'option n'est pas disponible sur le DUI de l'établissement. Dans un cas, la cheffe de service dans un SESSAD a souhaité anticiper le format de bilan attendu dans le cadre de la future réforme Serafin-PH et a développé son propre outil sur Excel car le DUI utilisé n'était pas adapté. Il permettra de traduire les besoins attendus auprès de l'éditeur en vue du paramétrage de la future version du DUI. Le papier cristallise un regard différencié sur la place de l'utilisateur-travailleur.

Dans un dernier exemple, un nouveau logiciel implémenté dans un centre hospitalier permettant une gestion plus précise de l'administration des médicaments amène les soignants à alimenter deux systèmes d'information parallèles : d'un côté, le système « rigide » du logiciel qui prescrit une organisation du travail qui ne tient compte ni des conditions de travail réelles, ni des niveaux de souplesse permis par différentes catégories de médicaments (qui est utilisé en priorité pour les médicaments à la posologie stricte) et de l'autre, un système plus « souple », sous la forme de feuilles de suivi (utilisées pour les médicaments à la posologie moins stricte) qui tient compte de la charge de travail et des possibilités réelles d'accompagnement des patients. Dans certaines structures, la dématérialisation des pans entiers de l'activité s'accompagne d'une politique assumée du « zéro papier ». Des temps symboliques sont même parfois organisés pour détruire les archives papier. L'usage du papier devient un tabou et le symbole d'une résistance au changement dans un monde où les outils numériques sont devenus des totems auxquels chacun est prié de se convertir.

3.2.2 Des outils numériques déconnectés

Penser l'intégration des outils de façon déconnectée des besoins liés à la réalité du travail conduit ainsi à générer des stratégies de détachement, de contournement ou encore d'inventivité. Traduire ces stratégies comme une forme de résistance au changement des professionnels ou un déficit d'appropriation des outils serait un raccourci trop rapide. Il faut davantage y voir une forme de résistance du travail à des choix de solutions imposées et des tentatives de modélisation de l'activité trop éloignées de sa réalité.

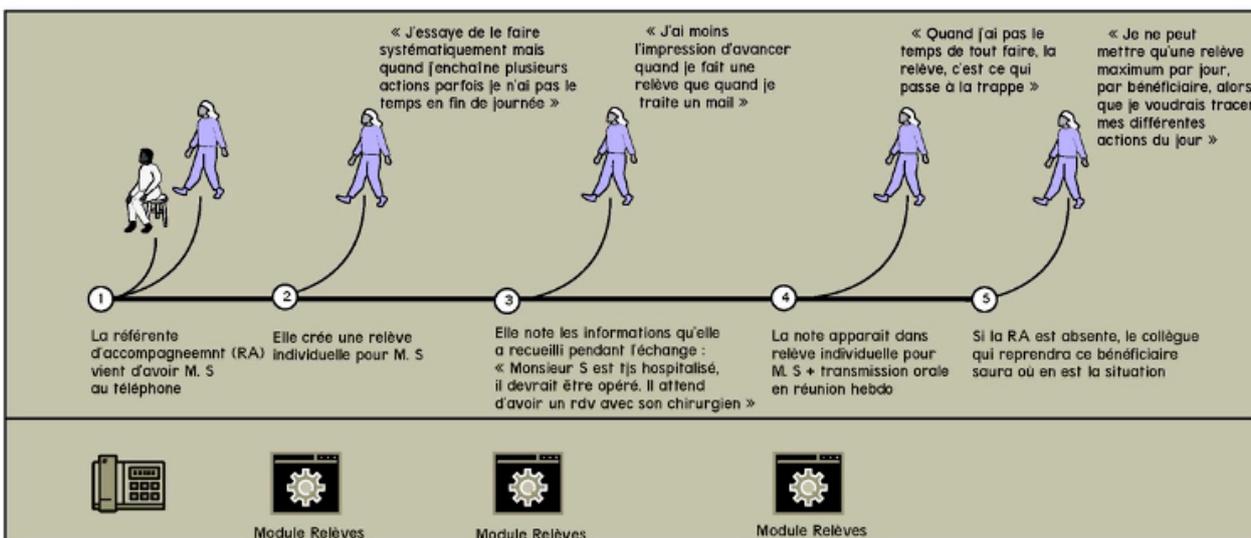
Aussi, la question du développement des compétences ne se pose pas exclusivement pour les professionnels. Il s'agirait symétriquement de développer la capacité des concepteurs de solutions et porteurs de projets à mieux appréhender la complexité du travail, apprendre à concevoir des situations de travail au contact des professionnels et pas seulement des outils. Sans quoi, le risque est fort de tomber dans une forme de solutionnisme technologique dont les promesses s'effritent lorsqu'elles sont confrontées à la réalité complexe du travail et dont le maintien coûte que coûte peut empêcher de bien travailler et d'amplifier la perte du sens du travail.

3.3 Évolutions de l'organisation du travail : quelle attention aux fonctionnements collectifs ?

Les usages permis par les outils numériques actuels peinent à couvrir des besoins complexes (comme la coordination). L'entrée par l'outil et ses principales fonctionnalités empêche le plus souvent d'appréhender son insertion dans les activités de travail. L'une de nos explorations régionales offre un point de vue intéressant sur le travail de coordination dans le contexte d'un dispositif de maintien à domicile : l'analyse de certaines situations d'usage permet de saisir l'entrelacement entre les différents outils analogiques et numériques mais aussi les échanges oraux. L'enjeu n'est pas tant la substitution que les bonnes conditions de l'association entre les divers supports.

Voici la description d'un exemple de coordination de parcours de soins à domicile :

La coordination des relèves



La transmission des informations informelles

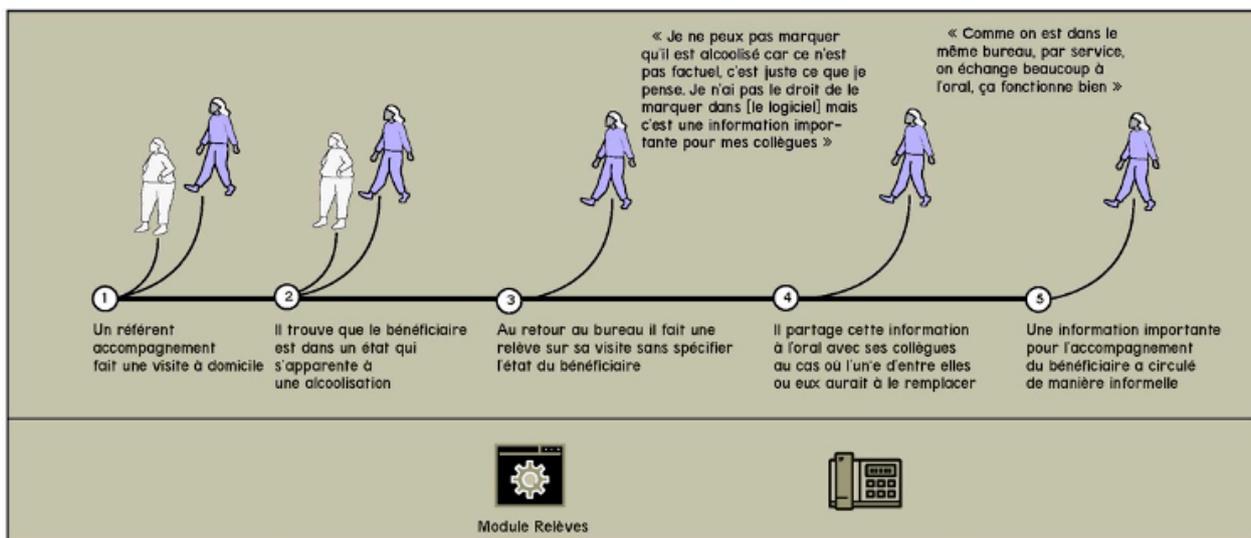


Schéma produit par l'équipe projet Anact-Aract (2023). Accéder à l'image en HD sur [l'espace ressources](#)

L'intégration d'un nouveau bénéficiaire

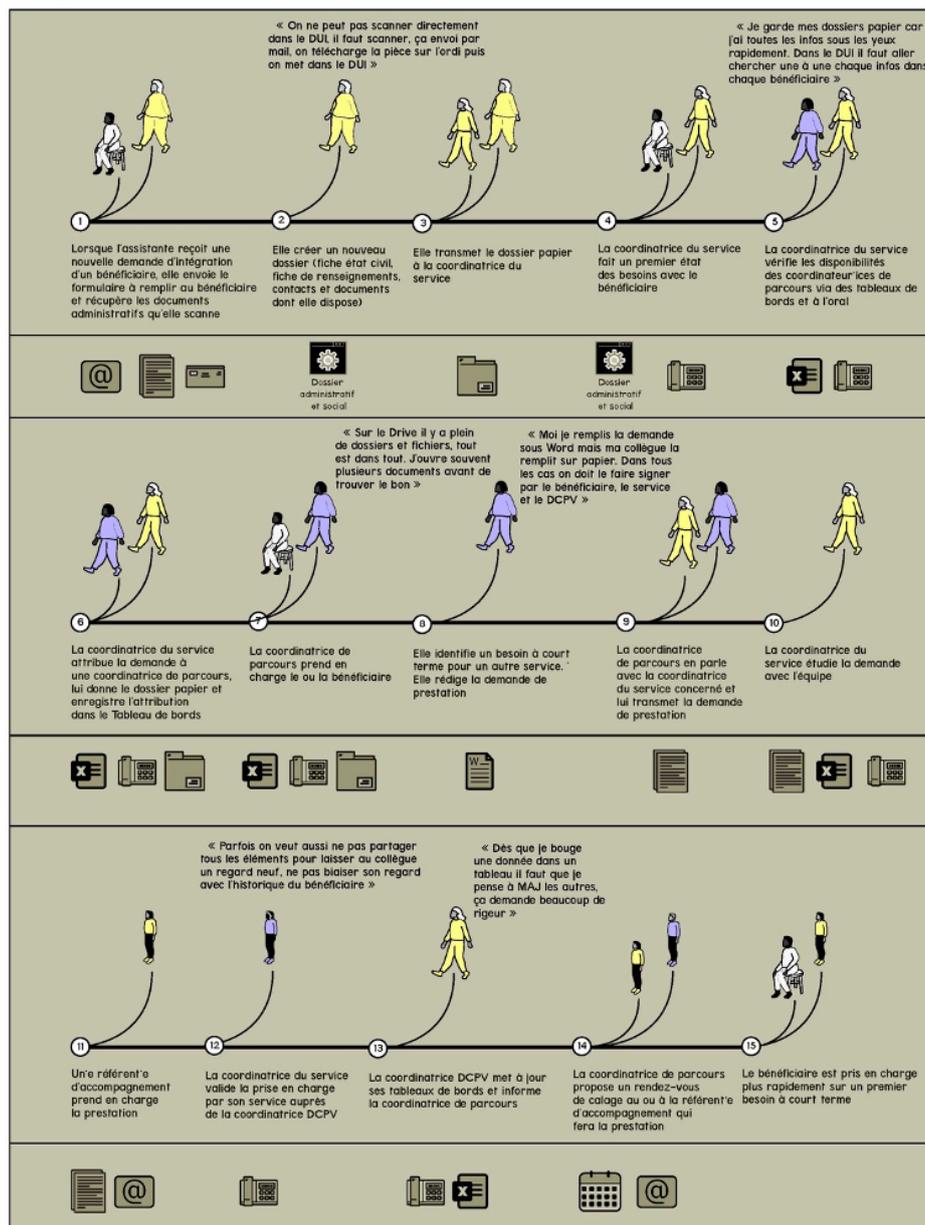


Schéma produit par l'équipe projet Anact-Aract (2023). Accéder à l'image en HD sur [l'espace ressources](#)

L'analyse met en lumière l'importance de prendre en compte la dimension collective de l'activité, la façon dont les usages individuels convergent ou divergent selon le rôle de chacun (les outils peuvent faire ressource ou contraindre l'activité). Humains et technologies s'agencent de manière singulière pour former des collectifs de travail avec leurs propres règles (explicites) ou normes (implicites) de fonctionnement.

3.3.1 La « boîte noire » de l'organisation réelle du travail

Ces situations d'usages s'inscrivent dans des écosystèmes complexes, qui forment la « boîte noire du travail » que seule l'expérience des professionnels permet de décrypter dès lors que ces derniers sont mis en situation réflexive : il n'est pas aisé d'en modéliser le fonctionnement de façon simplifiée pour le rationaliser et le numériser. Il persistera toujours un écart entre les fonctionnements attendus, prescrits et les fonctionnements réels du travail.

3.3.2 Préserver la communication orale

La bonne intégration du numérique nécessiterait de porter attention à ces fonctionnements collectifs en s'assurant d'abord que les outils ne viennent pas l'entraver. Il s'agit de reconnaître la communication orale (physique ou téléphonique) comme un pilier des « *bricolages* » opérés quotidiennement par les professionnels. Bien qu'elle ne soit pas remise directement en question par les prescripteurs de la dématérialisation, la mise en place d'outils numériques peut assécher progressivement ce mode de communication. Les objets numériques absorbent les espaces de travail, les espaces de pauses, les bureaux collectifs, les espaces de circulation – autant d'espaces où circule l'information. L'intensification du travail individuel sur des postes d'ordinateur met à mal à la fois la durée et la qualité des interactions avec les patients mais aussi celles avec les autres professionnels. Certaines réunions de coordination disparaissent progressivement au profit de temps de saisie informatique, tandis que les échanges qui accompagnent des déplacements répétés entre les bureaux des uns et des autres apparaissent comme de moins en moins légitimes. C'est le cas de la relation entre assistants médico-administratives et médecins : les premières avaient l'habitude de toquer tout au long de la journée à la porte des médecins pour des demandes spécifiques qui appelaient à des échanges plus informels et nourrissaient la relation de confiance entre ces deux corps de métier. La numérisation des séquences de rédaction / relecture / correction / validation de différents documents (comptes rendus, courriers, etc.) a réduit ces échanges.

3.3.3 Retrouver du pouvoir d'agir dans l'organisation du travail

Il s'agirait donc de doter les équipes de temps et d'espaces pour négocier collectivement à leur niveau leurs règles de fonctionnement, et pas seulement pour contribuer à la conception des solutions. Certaines structures s'y essaient en mettant en place des réseaux de référents issus du métier. Cela permet de coupler la technique et le contenu métier. Leur mission a pour objectif de rendre les personnes plus à l'aise et plus autonome avec les outils. Après une première initiation en salle, un accompagnement est mis en œuvre en situation de travail avec les professionnels. Cela permet de faire le lien entre l'outil, les procédures des établissements et les pratiques. Dans certains cas, les managers participent également à ces temps de façon complémentaire au référent. Cette approche offre un espace de discussion sur le travail et son évolution, de partager les finalités et de s'accorder sur les pratiques collectives.

Dans une association médico-sociale observée, des groupes de travail ont été réalisés pour remanier des outils existants, en développer de nouveaux en complément du DUI, s'accorder sur un cadre commun et homogénéiser des pratiques. Des arrangements sont aussi trouvés au sein du collectif dans la répartition du travail (de saisie par exemple) afin d'éviter l'isolement de certains professionnels moins à l'aise avec le numérique. La figure de l'utilisateur passif s'estompe au profit du professionnel qui, parce que les conditions d'un fonctionnement collectif sont réunies, retrouve du pouvoir d'agir sur son travail. Ce type de dynamique est propice à une certaine inventivité dans les usages qui dépassent ceux prévus au départ. Dans le cas de figure observé, ce n'est pas le numérique qui est perçu comme un obstacle pour les professionnels mais les motivations organisationnelles qui présidaient à des choix technologiques éloignés des besoins.

Aussi, pour répondre à des enjeux d'appropriation des outils (sans considérer qu'ils soient plus ou moins bien conçus, que leur interface soit plus ou moins bien intuitive ou accessible), il ne s'agit pas seulement de former les professionnels aux fonctionnalités de l'outil mais de leur permettre d'ins-truire, d'explorer et de négocier la façon dont s'agencent de nouveaux fonctionnements collectifs. La possibilité de les associer aux projets pour discuter et définir les besoins et ajuster les solutions, l'organisation de retours d'expérience et/ou d'évaluation collective des projets, les réunions d'équipes ou tout simplement les salles de pause sont autant d'espaces qui rendent possibles l'échange de pratiques et le développement de nouvelles façons de faire. C'est aussi un levier pour prendre soin de la qualité des relations, déterminant essentiel de la santé au travail.

4

Perspectives d'action pour mieux manager les transformations numériques du travail

4.1 Prendre soin des projets : réparer les conduites de projets à trous ?

Nous avons vu précédemment les logiques d'accommodement et d'adaptation qui incombent aux professionnels. C'est à elles et eux que reviendrait la responsabilité de s'adapter à la numérisation du travail. Pourtant, la complexité des fonctionnements collectifs, les exigences du travail et la souplesse attendue des professionnels et des organisations pour y faire face plaideraient pour une attention plus forte au contexte, au milieu et à l'expérience de travail. Comment ces transformations sont-elles managées ? Comment sont menés des projets d'implémentation des outils numériques ? Quelle attention est accordée au travail dans le cadre de ces projets ? Quelle place y tiennent les professionnels et leurs représentants ?

4.1.1 Le numérique, un sujet périphérique ?

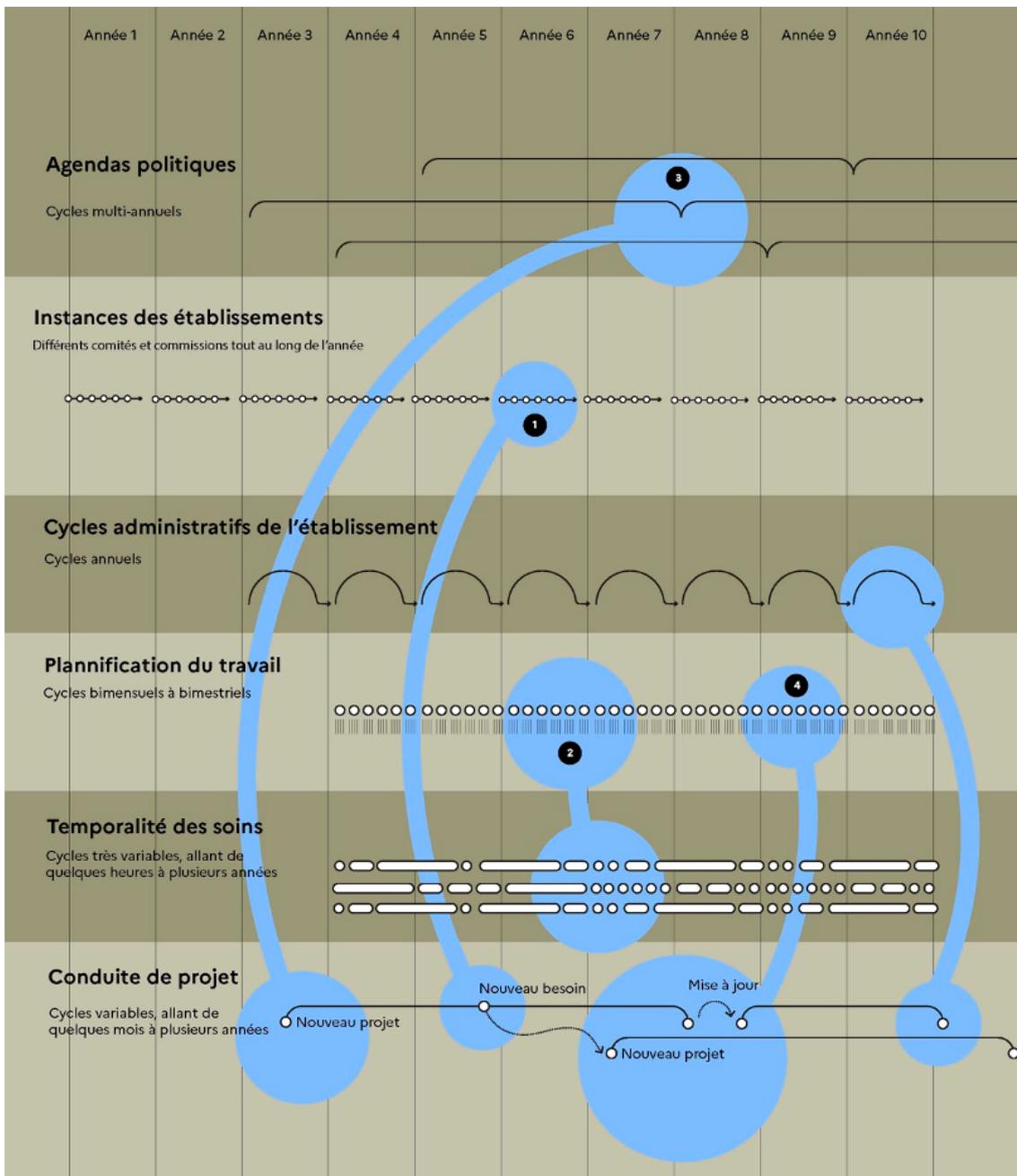
Le projet que nous conduisons, en cherchant à interroger les relations entre numérique et travail, suscite l'intérêt et la curiosité que l'on soit représentant du personnel, en charge des ressources humaines ou porteur de projets sur le numérique, à un niveau institutionnel comme opérationnel. « *Ce n'est pas inutile de se poser la question* », exprimait un représentant d'une organisation syndicale au CHSCT ministériel. Mais l'opportunité d'investir l'action en engageant du temps sur le sujet peut aussi laisser dubitatif. Soit le sujet ne répond pas aux préoccupations du moment au regard du contexte de débordement, soit le sujet apparaît incongru, considérant que le numérique est de toute évidence une solution à l'amélioration des conditions de travail. Implicitement, l'outil numérique est plutôt considéré comme un sujet périphérique de l'activité des professionnels qui expriment des attentes sur d'autres registres que le numérique.

Pour autant, le déploiement des technologies numériques est bien réel et répond à une orientation stratégique visant la modernisation du système de santé. Ces orientations stratégiques ne datent pas d'aujourd'hui mais celles-ci se sont accélérées ces dernières années, traduisant la logique d'État plateforme (la « *plateformisation* » de la santé est d'ailleurs pleinement revendiquée par certains acteurs industriels). Le titre de la feuille de route 2018-2022 est précisément intitulé « *Accélérer le virage numérique en santé* »¹. Stratégique pour les acteurs en charge de son déploiement et secondaire pour les professionnels et leurs représentants, l'appréhension différenciée de ces enjeux freine les possibilités de rencontres indispensables pour se saisir des liens entre numérique et travail. Par ailleurs, le déploiement accéléré de technologies contribue à une transformation plus latente des pratiques professionnelles et des organisations difficile à apprécier et anticiper au moment de l'introduction des outils. Le vécu subjectif des transformations du travail s'exprime généralement à rebours des projets, ce qui empêche de questionner certains enjeux au bon moment. L'introduction du numérique s'opère dans des contextes souvent dégradés qui ne permettent pas véritablement aux organisations de s'en saisir (accélération des transformations, manque de temps des professionnels).

L'intégration des enjeux de conditions de travail dans le cadre des transformations numériques demande en premier lieu de porter une attention au contexte et le rapport aux temps. Comment concilier le temps du projet, le temps disponible de l'organisation et le temps contracté des professionnels ? Soutenir des logiques d'accélération, à défaut de prendre le temps, c'est prendre le risque de maintenir ces derniers hors de la boucle des transformations et de faire de leur expérience du travail un angle mort de la prise de décision.

Le schéma ci-dessous permet de comprendre l'empilement des temporalités qui caractérise l'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces temporalités ne sont pas hermétiques et ont des effets les unes sur les autres, bien qu'elles aient parfois du mal à s'accorder. Les projets numériques doivent alors négocier leur place parmi une multitudes de projets, de priorités, d'urgences.

¹ [Feuille de route accélérer le virage numérique](#)



- 1 Les commissions et comités qui rythment la vie des établissements peuvent avoir de forts effets sur l'organisation du travail, notamment lorsque de nouveaux protocoles, modes d'organisations ou outils techniques sont discutés.
- 2 La temporalité des soins, notamment l'adéquation entre le taux d'occupation des places disponibles et les effectifs professionnels ne peut parfois pas soutenir la mise en place de nouveaux outils (numériques).
- 3 Les appels à projets découlent de financements liés à politiques publiques spécifiques, propres à chaque mandat (national ou local)
- 4 La multiplication des projets numériques dans un établissement, qu'il s'agisse de la mise à jour ou de l'implémentation de nouveaux outils perturbe fortement l'activité de soins car les professionnels doivent constamment apprendre de nouvelles manières de façon, s'adapter à des outils qu'ils ne connaissent pas nécessairement.
- 5 Les cycles administratifs des établissements contraignent la conduite des projets (numériques) et obligent à construire des calendriers de projet qui ne permettent pas d'intégrer des phases de retour d'expérience prolongées.

Schéma produit par l'équipe projet Anact-Aract (2023). Accéder à l'image en HD sur [l'espace ressources du projet](#)

Ces logiques d'accélération produisent un empilement des projets de changement laissant par ailleurs peu de place à l'appropriation et à la capitalisation et générant une certaine usure comme en témoigne cette coordinatrice d'un centre hospitalier :



« C'est une association où ça bouge vite, on n'a pas le temps de s'habituer qu'il y a quelque chose de nouveau (Ogyris, Octime, portail pro...). Les collègues n'ont pas le temps d'assimiler. Dans l'équipe, un collègue très bon a fait un classeur avec des copies écran pour guider les collègues dans l'usage de l'outil. Ça n'est pas le siège qui a fait ça. »

« Ça a pu créer des tensions. J'ai passé du temps avec certains collègues, il faut beaucoup de patience. Mais 6 mois après il faut tout recommencer. J'aide plein de fois mais il faut de la bonne volonté derrière. Je ne peux pas me permettre de repasser le même temps à chaque fois. »

Cette mise à distance des professionnels noyés par les vagues de changement ne leur permet pas de se saisir des éventuelles potentialités de l'outil. Quand bien même les outils seraient pensés pleinement au service des professionnels, il convient de questionner les modalités de conduite des projets numériques.

4.1.2 Est-il possible pour les professionnels de débattre des finalités ?

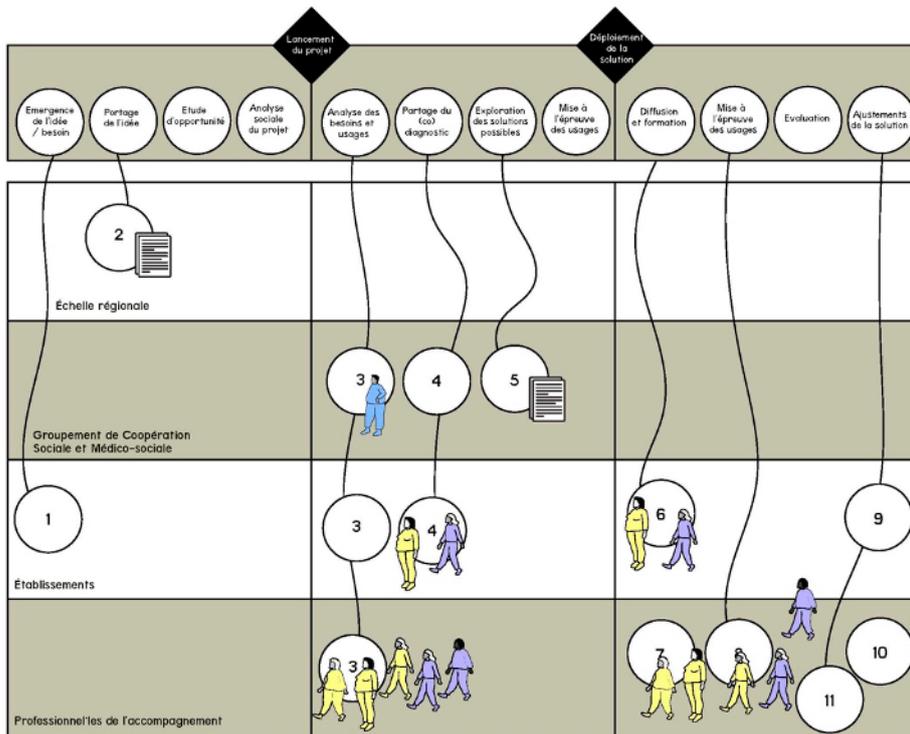
Une des principales caractéristiques des projets de e-santé, tels que le DUI, est qu'ils s'intègrent dans des organisations préexistantes, toujours singulières, qui n'expriment pas directement de besoins en réponse à un problème qualifié. Les projets répondent le plus souvent à des exigences réglementaires (exemple de la loi du 2 janvier 2002 obligeant les ESSMS à constituer un dossier usager unique) et de certification (avec des critères d'évaluation de la qualité liés au déploiement de la stratégie numérique, à la traçabilité et à la gestion de l'information). Les projets en question ne sont que très rarement l'objet d'une initiative locale à l'échelle de la structure. Ils s'inscrivent dans des projets plus globaux et institutionnels pour répondre à un objectif de mutualisation des moyens et ressources.

Sur ce point, l'une de nos enquêtes régionales est particulièrement éclairante. Les 5 établissements étudiés ont montré que la finalité et les objectifs du projet numérique pour la structure n'avaient pas toujours été travaillés. Dans l'un de ces établissements, l'outil numérique avait été proposé à l'établissement par le groupe dans le cadre d'un projet plus global. Les acteurs de l'établissement avaient répondu favorablement au déploiement de l'outil sans avoir une compréhension du projet global et sans avoir défini les objectifs de ce déploiement en interne. Il a donc été difficile d'expliquer et d'embarquer les acteurs internes et du territoire concerné ainsi que les futurs utilisateurs de l'outil qui ne comprenaient pas complètement le sens de ce projet. Dans un autre établissement, le retour d'expérience mené avec l'Aract a montré que les acteurs n'exprimaient pas les mêmes objectifs. Ce constat a permis de comprendre les faibles avancées du projet d'expérimentations engagé depuis plusieurs années et les difficultés à prendre des décisions instruites.

4.1.3 Quelle autonomie des structures pour conduire les projets de changement ?

Le travail d'implémentation d'un nouvel outil se conduit le plus souvent en chambre et mobilise un nombre restreint d'acteurs (directions, DSI, éditeurs de logiciels). Les professionnels sont maintenus à distance, ce qui tend à invisibiliser les questions et enjeux qui seraient les leurs ou à reporter leur expression dans des phases d'expérimentation (quand elles ont lieu) ou post-projet d'intégration. Se prêter à l'exercice de cartographie des acteurs parties prenantes et constituantes du projet au regard des différentes étapes de celui-ci est riche d'enseignement.

Cartographie de la conduite d'un projet numérique : mise en place d'un Dossier Usager Informatisé (DUI)



 Présence de documents attestant des étapes de la conduite de projet (réponse APP, devis, comptes rendus de réunion, etc.)

Déroulé chronologique de la conduite de projet

- 1 – En 2018, la directrice d'un établissement du Groupement lance la demande d'un projet de mise en place d'un Dossier Usager Informatisé (DUI)
- 2 – Ce projet est porté grâce à un financement public, via un Appel à Projet de l'ARS
- 3 – Le groupement constitue un groupe de travail (salariées, DSI, directrice, assistantes) pour choisir le nouveau logiciel.
- 4 – Des référent·es DUI ont été nommés dans chaque entité du groupement afin d'aider à relayer les informations techniques aux équipes, mais aussi pour paramétrer certains aspects du logiciels.
- 5 – Les deux outils sélectionnés sont présentés au groupe de travail : Le choix s'est porté sur un logiciel qui ressemblait à un environnement numérique connu des équipes
- 6 – Formation des référent·es DUI par l'éditeur de logiciel
- 7 – Formation de l'ensemble des professionnel·les par les référent·es DUI
- 8 – Prise en main du logiciel par l'ensemble des professionnel·les
- 9 – Début 2022, une réorganisation des services (création d'un pôle et de postes de coordinateurs de services) permet de constater le manque de formation et d'usages communs du logiciel.
- 10 – En Avril 2022, à la demande des professionnel·les une nouvelle session de formation est organisée, suite à la mise à jour du logiciel
- 11 – Les ajustements nécessaires sont remontés au fil de l'eau par les professionnel·les, sans organisation particulièrement des ajustements nécessaires

Dans la majorité des cas, l'implication des utilisateurs intervient tard sur des temps de formation et de prise en main des outils. Ils et elles ne sont pas davantage impliqués dans les étapes d'évaluation des projets (quand celles-ci ont lieu). Les principaux utilisateurs sont donc rarement partie prenante des analyses et orientations des projets.



« C'est la 1^{ère} fois que quelqu'un me demande ce que je pense de ça et que quelqu'un se déplace pour ça. C'est appréciable, c'est mieux qu'un questionnaire », évoque ainsi un utilisateur d'une association observée dans le cadre de notre enquête.

Certains établissements intègrent des phases d'expérimentation à leur projet en impliquant des structures ou services pilotes. Dans un établissement observé, le choix a été fait de travailler en amont sur les processus métiers en conduisant des expérimentations dans 5 établissements pilotes. Des groupes multi-métiers ont été mis en place pour définir le processus, éprouvé sur une période de 6 à 12 mois puis testé sur un panel plus large avant généralisation.

Durant cette phase, « *il était possible de faire évoluer l'outil voire d'arrêter le projet* » avance le responsable de projet au niveau de l'établissement. Même si cette conduite de projet a permis d'embarquer quelques professionnels dans les structures pilotes, une grande majorité reste spectatrice des transformations qui s'engagent. Le responsable de projet a conscience que ce choix de conduite de projet induit un décalage entre celles et ceux qui sont dans l'expérimentation et les autres, que les choix éclairés de quelques-uns seront subis par d'autres. Il a également conscience que les processus métiers sont très différents d'un établissement à l'autre et que l'outil ne pourra pas répondre de la même manière aux besoins de tous les professionnels. De fait, l'outil pourra venir contraindre par un processus rigide, selon les contextes d'établissements. La responsabilité est alors déportée sur les responsables de structure, en fonction de leur implication dans les expérimentations, ce qui entraîne une certaine forme de compétition.



« Celui qui ne saute pas dans le wagon du numérique se retrouvera en décrochage dans 3 ans ».

Pour autant, l'engagement sur le papier dans des expérimentations ne signifie pas un déploiement effectif de celles-ci, comme l'illustre la démarche engagée dans un établissement médico-social observé : volontaire pour expérimenter le nouvel outil de coordination des parcours, l'objectif était d'expérimenter des situations de coordination entre l'établissement expérimentateur et ses partenaires. Une responsable de service d'un des établissements partenaires sera impliquée et formée pour participer aux expérimentations. L'outil a été implanté sur son poste pour le tester en situation. Mais après un changement d'ordinateur et ne parvenant pas à installer l'application elle-même, la responsable de service ne poursuivra pas l'expérimentation menée seulement pour 4 utilisateurs. Peu convaincue par l'intérêt de l'outil, elle ne cherchera pas à poursuivre l'expérimentation et la coordinatrice de l'établissement expérimentateur ne cherchera pas non plus à la mobiliser davantage. Ce dont il est question ne tient pas à l'engagement des acteurs mais davantage à la faiblesse méthodologique du processus d'expérimentation délégué à quelques professionnels sans véritable portage, suivi, cadre évaluatif et animation.

Pourtant, certaines structures, échaudées par des échecs passés se donnent les moyens de conduire autrement leur projet. Des financements sont recherchés pour intégrer le temps de participation et le temps d'apprentissage. On se donne davantage de temps pour instruire les choix. Le pilotage des projets est décentralisé pour être davantage en proximité des métiers opérationnels. Des réunions mensuelles sont dédiées à l'analyse des pratiques, des besoins et des risques. Deux postes de coordinateurs sont créés pour appuyer les services. Ils mobilisent une assistance technique à la conduite de projet pour rédiger le cahier des charges, bien traduire les besoins opérationnels en spécifications techniques et fonctionnelles, cadrer les phases de test et d'intégration avec des clauses de rupture et de revoyure avec l'éditeur.

Malgré toutes les précautions prises, ils se retrouveront face à un choix limité de solutions, pas complètement adapté à leurs activités à l'articulation du social et du médico-social, une pression de l'éditeur sur le timing du projet, les contraintes de changements de versions imposés de façon unilatérale. Maîtrise des temporalités du projet, choix des solutions, accès aux ressources et compétences informatiques... la question du niveau réel d'autonomie des structures dans le choix des changements techniques se pose.

Au niveau local, les organisations, en particulier dans le médico-social, sont souvent insuffisamment structurées et outillées pour piloter de tels projets, ce qui renforce leur dépendance aux éditeurs et aux directions SI. Même lorsqu'elles investissent la conduite du projet, elles rencontrent des difficultés pour maîtriser la relation avec les éditeurs et faire face à leurs propres contraintes internes (absentéisme, recrutement, turn-over, etc.).

En deçà, c'est l'autonomie des professionnels qui peut être questionnée quand le geste professionnel se voit encadré dans des processus métiers pas toujours adaptés et encodés dans des solutions assez rigides. « *Notre solution s'appelle « xxx Résidents » alors que nous, on n'accueille même pas de résidents...* ».

4.2 Développer une attention aux professionnels et pas seulement à la technique : vers une « maintenance » du travail

4.2.1 Le besoin de développer et fiabiliser la maintenance du travail ?

Nous avons pu décrire les difficultés organisationnelles liées à l'implantation des outils numériques comme le DUI dans le secteur médico-social notamment. Nous pourrions faire l'hypothèse que si les transformations organisationnelles ne peuvent être complètement anticipées, ces reconfigurations pourraient s'opérer sur un temps plus long. Pour autant, dans certains cas observés, l'intégration de l'outil date de plus de 5 ans et nous constatons là encore le besoin de soutenir les pratiques collectives.

Pour cette référente d'une association ligérienne :



« Un grand chemin a été fait depuis 6 ans mais il reste encore un chemin important à faire. L'outil n'est plus rejeté aujourd'hui. Les professionnels écrivent (les écrits-pro existent). Mais il faut encore aider les équipes à savoir ce qu'est un écrit-pro. Il appartient à la personne accompagnée, il est daté et non effaçable. La responsabilité est de la personne qui renseigne l'outil donc s'il y a un souci, la responsabilité engagée est celle de celui qui saisit ».

Si cette question de la responsabilité des écrits se posait avec le papier, elle prend ici un caractère différent dans la mesure où l'accessibilité de ces données est facilitée, y compris à distance. Aussi, en deçà de la responsabilité, c'est la question du contrôle de l'activité qui interroge certains professionnels.

Certaines organisations cherchent à maintenir du débat sur les usages pour faire remonter d'éventuels problèmes. Ce qui ne suffit pas toujours pour les régler. Les difficultés techniques persistantes sont remontées à qui de droit avec des propositions d'amélioration dont on se dit qu'elles seraient forcément intégrées aux nouvelles versions. Mais la lassitude s'installe et la dynamique s'essouffle rapidement lorsqu'on constate sans explication que ces propositions ne sont pas prises en compte. À l'inverse, ces nouvelles versions sont déployées le plus souvent du jour au lendemain sans informer les professionnels des nouvelles fonctionnalités ou des changements apportés. Ou alors ce sont le rôle et la responsabilité de chacun qui n'apparaissent pas très clairement pour les professionnels entre le référent ou la référent/formateur ou formatrice, le ou la manager, le ou la responsable métier, le ou la DSI. Des systèmes de e-ticket sont parfois mis en place sans que ce processus de remontée d'information soit toujours connu du terrain. Lorsqu'il est mobilisé, certaines questions restent sans réponse, la DSI considérant qu'elles renvoient à de problématiques non techniques hors de leur périmètre de responsabilité.

Il y aurait donc le social d'un côté et la technique de l'autre, sans couplage dans la gestion de ces deux dimensions du changement. Cela interroge la fiabilité des processus de remontée et de traitement des problèmes et d'informations des professionnels quant à leur résolution ou non. La possibilité d'envisager un usage constructif des dispositifs de e-santé se heurte aux fractionnements de l'organisation et au maintien des divisions classiques du travail qui laissent peu de portée à l'expression des professionnels.

En d'autres termes, si la question de la réalité du travail et des conditions de travail des professionnels entre peu dans le scope au moment de la conception et de l'intégration des outils numériques, elle reste en suspens dans la phase plus longue de construction et de développement des usages qui ne font par ailleurs pas l'objet d'évaluation régulière et systématique. Des usages peuvent naître de l'utilisation répétée des outils, façonnés par le milieu dans lequel ils se développent au rythme des évolutions organisationnelles.

4.2.2 Quelle durabilité des transformations sans suivi ni entretien ?

Une majorité des structures et services investigués est concernée par des arrêts de travail, des absences et du *turn-over*. La formation est rarement dispensée lors de l'intégration des nouveaux. L'apprentissage se fait en situation de travail au contact des collègues, en « mode dégradé », du fait de la charge de travail. Les usages qui ont pu trouver un espace de développement collectif à un moment

donné ne sont pas durables et nécessitent de réfléchir à leur entretien, à leur maintenance. Si les outils sont eux-mêmes maintenus avec de fréquents changements de version, les fonctionnements et usages collectifs font l'objet de moins d'attention. Les projets s'établissent sur des temporalités plus ou moins courtes, bornés dans le temps par un début et une fin alors que les transformations s'opèrent et/ou s'altèrent sur des temporalités beaucoup plus longues.

L'attention qui peut être portée sur le temps de la conduite de projet (quand elle existe) à travers des démarches d'évaluation (quand elles sont menées) s'estompent fréquemment en fin de projet, ce qui soulève la problématique du suivi et de la continuité de l'attention. Y compris ce qu'on présente comme des innovations réussies tel que le dispositif de télé-AVC que nous avons pu observer en Bourgogne-Franche-Comté, qui interroge sur les conditions de sa soutenabilité dans le temps au regard des évolutions organisationnelles.

Ce cas est en effet riche d'enseignements : lors d'une suspicion d'AVC, ce dispositif permet la mise en relation entre un urgentiste d'un site requérant et d'un expert d'un centre d'expertise pour poser un diagnostic, indiquer le traitement à appliquer et poursuivre l'accompagnement le cas échéant. Ce projet date de plus de dix ans et est présenté comme étant en routine de part de son ancienneté. Il s'agissait d'un changement d'ampleur pour les professionnels vécu différemment selon les établissements et des réticences au départ pour certains, qui se sont dissipées avec le temps.

Plusieurs études scientifiques ont montré comment ce dispositif contribuait à améliorer la prise en charge en urgence des patients renforçant à la fois la reconnaissance des spécialistes impliqués dans sa mise en œuvre, la valorisation des services mais aussi l'ARS support de son déploiement régional. 10 ans après, le dispositif est en partie victime de son succès. De nouveaux établissements sont rattachés, un nombre plus important de sites émettent des sollicitations.

Les usages se renforcent et les motifs d'appel se diversifient avec des demandes hors AVC et parfois non urgentes considérées par certains comme un mésusage. Ils traduisent également l'enjeu qui consiste à entretenir le fonctionnement et l'appropriation d'un tel dispositif auprès de nouveaux arrivants et nouvelles arrivantes mais aussi des intérimaires de plus en plus nombreux. La logique de délégation induite par le dispositif se traduit au fil du temps par une augmentation de la charge sur les sites experts de plus en plus prégnants. L'organisation du travail est ajustée lorsque c'est possible pour répondre à cette accentuation des demandes, mais les marges de manœuvre restent limitées.

Notre exploration permet de soulever des problèmes de petite ou de plus grande ampleur qui impactent la fluidité de la prise en charge et les conditions de travail. C'est cette exploration qui permet de façon opportune de rendre compte de ces problèmes sans quoi ceux-ci ne s'exprimeraient pas directement par les professionnels. Cette minimisation ou normalisation des problèmes peuvent renvoyer aux caractéristiques des métiers d'urgence qui feraient de l'imprévu et des situations dégradées une composante intrinsèque du métier. Quelles sont les moyens et espaces qui leur permettraient d'exprimer ces difficultés ? Mais est-il possible pour les professionnels de s'autoriser à apporter un regard critique sur un dispositif plébiscité de toute part ? En quoi les conditions de travail constituent un critère d'attention et d'évaluation de ces dispositifs ? Quels sont les moyens dont se dote l'organisation pour assurer la durabilité et la soutenabilité de ce dispositif ?

Quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse des cultures métier ou des carences organisationnelles, le sujet des conditions de travail entre peu dans le scope au moment de l'intégration des technologies numériques ou dans la vie plus courante des organisations. Trop souvent la question de la qualité du travail est masquée par celle de la qualité des soins. La discussion sur le suivi des patients occupe les temps de coordination, et les possibilités d'expression sur le travail sont peu soutenues par l'organisation. Aussi, par certains aspects, la problématique ne tient pas exclusivement au numérique mais à l'organisation du travail. Si les systèmes d'information peuvent faire l'objet d'une maintenance à l'initiative lointaine des développeurs, les transformations du travail et sa maintenance passent au second plan.

Dans ces conditions, est-il possible d'envisager un usage « constructif » des technologies sans déplacer la question des apprentissages sur le champ de l'organisation ? Nous reprenons cette notion d'usage « constructif » à Pierre Rabardel² qui la distingue de la notion d'usage « productif » qui renvoie à des logiques d'accommodement. Mais cette distinction invite surtout à poser la question de la valeur attendue des usages du numérique. Comment cette valeur peut aussi se poser du point de vue de la qualité du travail ? Et de la qualité de vie et de conditions de travail ? Comment cette valeur peut s'incarner dans les démarches d'évaluation des technologies de santé ?

² RABARDEL Pierre, « 13. Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir », dans : Philippe Lorino éd., *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2005, p. 251-265

4.3 Animer le dialogue social technologique : articuler doctrine sociale et doctrine technique

Le « virage du numérique en santé », en soutenant le déploiement de certains outils comme le DUI dans le médico-social, se fixe pour ambition de moderniser la gestion des parcours en santé. Nous avons vu comment l'introduction de ces technologies opère des changements sur les pratiques professionnelles, le contenu du travail, son organisation avec des effets ambivalents en matière de conditions de travail. À ce titre, cette transition numérique, et les projets qui la concrétisent, justifierait d'être considérée comme un objet de dialogue social. Aussi, il conviendrait de s'interroger sur la place du dialogue social (information, consultation, concertation, négociation) dans la gouvernance des changements technologiques. Quelle mobilisation des acteurs du dialogue social sur les changements technologiques ? En quoi le dialogue social constitue-t-il un levier pour articuler stratégies numériques et réalité du travail ? Quels défis cette transition numérique adresse-t-elle simultanément aux acteurs du numérique et celles et ceux du dialogue social ?

4.3.1 Peu ou pas de saisie des sujets numériques dans le cadre du dialogue social

La relation instituée entre la direction des structures et les Instances Représentatives du Personnel constitue un premier axe de dialogue social.

Il s'incarne dans le cadre du Comité Social Économique (CSE) mis en place, selon le cas, au niveau des entreprises d'au moins 11 salariés, d'une unité économique et sociale (UES) ou au niveau inter-entreprise.

Des CSE d'établissement et un CSE central d'entreprise sont constitués dans les entreprises d'au moins 50 salariés comportant au moins deux établissements distincts. Aussi, le code du travail³ prévoit que le CSE soit informé et consulté sur différents domaines dont l'introduction de nouvelles technologies, tout aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail.

Pour lui permettre de formuler son avis, le CSE doit pouvoir disposer d'informations précises et écrites transmises ou mises à disposition par l'employeur, et de la réponse motivée de l'employeur à ses propres observations. Dans les entreprises comptant au moins 50 salariés, le CSE peut le cas échéant décider de recourir à un expert habilité. Un Comité Social d'Administration (CSA) doit également être mis en place depuis le 1^{er} janvier 2023 dans toutes les administrations publiques et tout établissement public relevant de la fonction publique de l'État.

Force est de constater, à l'épreuve des terrains explorés, que si ces instances existent, elles ne sont que très rarement informées et consultées dans le cadre des projets de transformations numériques. Elles peuvent l'être quand les projets présentent un lien explicite avec les conditions de travail ou quand ils formulent une réponse possible à l'amélioration des conditions de travail. Mais pour les projets tels que l'intégration du DUI, identifiée comme ayant des finalités liées avant tout à la qualité de soin, la coordination ou encore à la traçabilité, le lien avec le travail est rarement fait, quand bien même les professionnels en sont les premiers utilisateurs.

Lorsque les instances sont sollicitées, cela ne signifie pas pour autant que les conditions sont réunies pour permettre aux représentants de s'emparer véritablement de l'objet.

D'une part, ces projets sont complexes et les présentations qui en sont faites sous un angle technique et expert peuvent empêcher les représentants de se saisir véritablement des enjeux. Les impacts sur l'emploi et les conditions de travail peuvent être questionnés : or, les implications de ces projets sont assez imprévisibles dès lors qu'on les isole de l'activité réelle, du contexte, des fonctionnements, de l'organisation, de l'environnement, en somme du milieu dans lequel ils se mettent en œuvre. Comme l'indique un élu mobilisé dans les explorations, « pris un à un, les outils peuvent être efficaces, mais c'est l'accumulation qui pose problème, avec l'hyper-structuration de l'organisation que ça implique ». Il est donc très difficile d'appréhender les enjeux sans en faire l'expérience directement.

D'autre part, nous avons également pu faire ce constat dans le cadre des temps collectifs inter-établissements que nous animions où, pour chaque structure, étaient associés un représentant de la direction, un représentant des salariés et un représentant de la DSI. Les représentants des salariés mobilisés dans ces trinômes ont rencontré des difficultés à s'impliquer, sauf quand ils étaient concernés directement par l'outil en tant que professionnels de terrain.

³ [Le comité social et économique](#)

Les investigations menées dans les établissements soulignent le même constat : soit la consultation se traduit par des discours très généraux affaiblissant la légitimité des acteurs du dialogue social, soit elle conduit à des jeux de négociation et la défense d'intérêts catégoriels au regard des métiers représentés.

Les remontées par le canal du dialogue social s'opèrent plutôt une fois que les projets sont lancés et les solutions intégrées. Comme pour l'un des centres hospitaliers que nous avons observé, l'instance a dû alerter sur la charge accrue que cette nouvelle activité administrative réclamait aux chefs de service. Une chargée de planning a dû être recrutée pour assister sur cette activité.

Cet exemple illustre l'enjeu à pouvoir s'appuyer sur le dialogue social pour permettre une évaluation sociale et continue des transformations.

En complément du dialogue quant aux impacts des projets, nous notons également un enjeu à pouvoir équiper plus efficacement les instances pour questionner les modalités de conduite de projet et assurer le suivi et l'évaluation des transformations sur le temps long. Ce point fait écho à des attentes formulées par des représentants nationaux au sein du CHSCT ministériel : il s'agirait de développer des ressources à destination des élus locaux pour soutenir leurs capacités d'action dans le cadre des instances. Si, en premier lieu, le développement de ces capacités d'action passe par l'acquisition de connaissances pour une meilleure compréhension des enjeux, il apparaît souhaitable de penser le dialogue social comme une technologie sociale à investir au même titre que les technologies numériques. Les questions qui se posent quant aux usages du numérique sont davantage adressées aux comités éthiques qui existent dans certaines plutôt qu'aux instances représentatives existantes. Ce réflexe qui consiste à se rattacher au code éthique plutôt qu'au code du travail rend compte d'une asymétrie d'attention portée entre les pratiques de soin et les conditions organisationnelles du soin.

En ce sens, nous notons un enjeu à reconsidérer la place et le rôle des instances de dialogue social dans l'appréhension des changements technologiques, et à penser leur articulation avec d'autres formes de dialogue.

4.3.2 Une gouvernance des projets éloignée du terrain et des professionnels

Si nous prenons l'exemple du DUI, son déploiement s'inscrit dans un cadre réglementaire précis : il est issu de la loi du 2 janvier 2002 qui a rénové le code de l'action sociale et des familles en introduisant l'obligation pour les établissements de constituer un dossier unique usager.

Concernant le contenu de ce dossier, deux principes émergent de la loi :

- le fait de constituer un seul dossier par usager impliquant de regrouper tous les dossiers qui existent (administratif, médical, éducatif, social...) ;
- le fait de pouvoir le rendre accessible à la personne accompagnée.

La somme des éléments d'information attendus est conséquente, ce qui justifie le recours à l'informatique pour rassembler cette masse de données. L'ANAP a d'ailleurs modélisé une cartographie des fonctions à informatiser dans une structure médico-sociale.

L'impulsion est institutionnelle, elle s'inscrit par voie réglementaire et fait l'objet d'évaluation. Elle se décline également à travers la feuille de route du numérique en santé qui fixe les moyens et ambitions en concertation entre les pouvoirs publics (DNS, DGOS, DGCS, ANS, CNSA, Cnam et ANAP), les fédérations et les industriels et avec les acteurs locaux du secteur social et médico-social (ARS, GRADeS).

Cette feuille de route se traduit par des programmes d'action dont le programme ESMS numérique qui vise la mobilisation des fédérations et organisations représentatives du secteur médico-social afin de favoriser et accompagner l'émergence des projets en région. Des moyens sont également alloués en région par l'intermédiaire des ARS et des Grades pour soutenir le fonctionnement de collectifs régionaux (Collectifs SI MS) dans une perspective de mutualisation des moyens et ressources dont les établissements ne disposent pas toujours. Des appels à projets successifs sont lancés pour accompagner des grappes d'établissements à travers des aides financières, de l'accompagnement au pilotage de projet et de la formation.

En reliant des acteurs multiples, internes et externes aux structures par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée, d'une plateforme de coordination, la robotisation d'une pharmacie, les technologies mises en place transforment le travail et l'organisation du travail. Les acteurs se voient reliés par les technologies et les données pour former de nouveaux collectifs de travail. Les enjeux de conditions de travail ne peuvent plus être exclusivement circonscrits à l'échelle des structures mais invitent à penser leur prise en charge par des formes de régulation *ad hoc* à l'échelle de ces nouvelles organisations constituées. La technologie ne suffit pas à elle seule à assurer le bon suivi des parcours et la qualité des coordinations sans penser l'animation, le pilotage et même le management de ces nouveaux réseaux constitués.

L'exemple de la télé-AVC donne un bel aperçu de la complexité des organisations qui émergent à un échelon territorial, par exemple.

Organisation territoriale du travail du dispositif télé-AVC en région Bourgogne Franche Comté

Le dispositif télé-AVC en région Bourgogne Franche Comté est organisé par deux coordinateur·ices pour la Bourgogne et la Franche Comté. Ce dispositif repose sur une relation étroite entre des établissements experts et de établissements requérants, les premiers mettant à disposition des médecins expert·es pour diagnostiquer à distance des cas d'AVC dans les établissements requérants.

Chaque établissement expert ● est en lien avec 5 à 14 établissements requérants ○

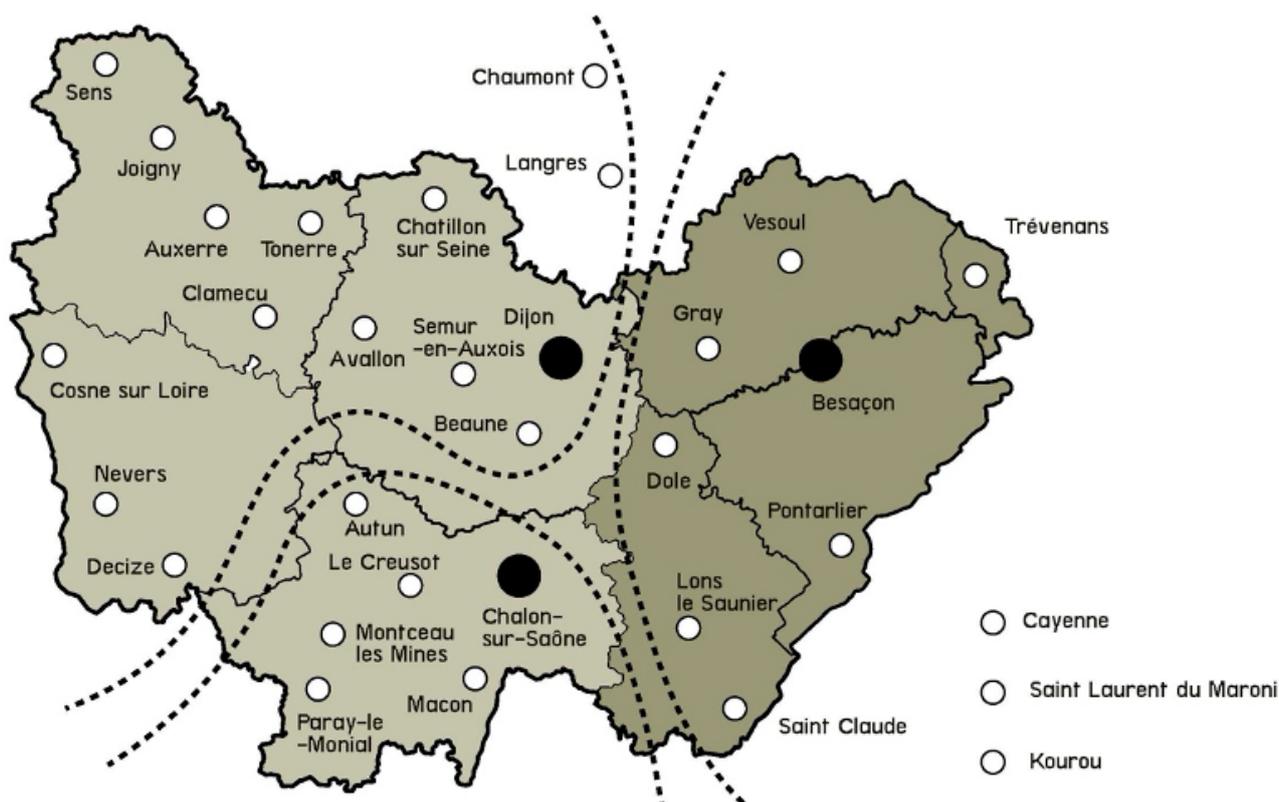


Schéma produit par l'équipe projet Anact-Aract (2023). Accéder à l'image en HD sur [l'espace ressources du projet](#)

Les acteurs pilotes sont regroupés pour assurer la gouvernance du dispositif (ARS, coordinateurs, Grades) et des protocoles sont définis pour encadrer les relations structurelles qui régissent une telle organisation. Mais l'exploration a souligné le besoin de remettre en place des temps de coordination au niveau inter-établissement pour réguler les problèmes opérationnels qui peuvent se poser au fil du temps. La problématique n'étant pas tant l'émergence de problèmes mais plutôt les conditions de leur identification, de leur expression et de leur résolution. Ce qui invite à concevoir les formes de management adossées à ce type d'organisation. Par ailleurs, un tel dispositif mobilise une pluralité de

professionnels, du ou de la neurologue au brancardier en passant par l'infirmier et l'infirmière, le ou la neuroradiologue, l'urgentiste, le manipulateur radio à l'agente ou l'agent d'accueil et au service informatique. Quelle possibilité d'expression de chacun de ces acteurs pour remonter leurs problèmes ? Quelle représentation effective des professionnels pour garder le contact avec le réel ? Comment pourraient s'encadrer les relations sociales à l'échelle d'une telle organisation ? Les transformations numériques engagent ainsi une pluralité d'acteurs dans la perspective d'une meilleure prise en charge.

Si le numérique peut constituer une ressource, les fonctionnements exigent par ailleurs un haut niveau de coordination entre des professionnels, des équipes, des services, des structures qui ont des cultures, des modes de fonctionnement et des enjeux différents. La possibilité de s'accorder sur un sens collectif, de s'accorder sur les critères de qualité du travail, de réguler les frontières de chaque organisation exige de pouvoir articuler les niveaux opérationnels, organisationnels et stratégiques.

En ce sens le numérique ne pose pas seulement la question de l'évolution des métiers mais doit interroger les gouvernances sur les compétences et moyens dont elles se dotent pour mieux faire vivre ces nouveaux réseaux sociotechniques.

4.3.4 Est-il possible de penser conjointement qualité de vie au travail et numérique en santé sans articuler doctrine sociale et doctrine technique ?

Le numérique en santé est un outil de politique publique conçu pour proposer de nouvelles formes de prise en charge, fluidifier les parcours de soin, optimiser les fonctionnements. Sa déclinaison s'appuie sur la réglementation pour encadrer les pratiques, et la certification pour engager les structures dans une logique d'amélioration continue. Son déploiement s'appuie également sur les outils et services développés par les industriels du numérique et les éditeurs de logiciels. Cela en fait un marché que les pouvoirs publics, par l'intermédiaire de la Délégation au Numérique en Santé (DNS), cherche à réguler.

En deçà des éléments juridiques comme le RGPD, ces acteurs du marché sont référencés sur la base d'une doctrine technique élaborée à l'issue d'une phase de concertation. De l'intégration de ces technologies aux différentes strates du système de santé découle un écosystème complexe dont les parties prenantes sont reliées par le truchement des données que les uns génèrent, que les autres mettent en circulation en vue d'exploitations multiples. Ces données revêtent un sens particulier et une utilité singulière pour les patients, les professionnels, les organisateurs, les institutions, les chercheurs et les offreurs de service.

Qualité des données, qualité des interactions, qualité du travail et qualité du changement technologique et organisationnel associées à ces transformations apparaissent ainsi étroitement liées. Pourtant, les explorations montrent comment cette *datafication* fait disparaître le rôle central des informations indispensables aux professionnels pour assurer la bonne prise en charge collective des patients. Ce besoin essentiel est peu appréhendé dans le cadre des projets d'autant plus que les travailleurs et leurs représentants sont généralement maintenus hors de la boucle et contraints de s'accommoder à ce nouveau régime de travail « *dématérialisé* ».

Et si cette stratégie numérique a fait l'objet d'un investissement important en matière de régulation technique du marché, nous notons en parallèle l'affaiblissement des politiques menées en matière de qualité de vie au travail avec la disparition des instances et outils associés (ONQVT).

La question se pose de la doctrine sociale sur laquelle s'adosse cette transition numérique pour soutenir une approche conjointe des enjeux sociaux et techniques du changement. Des cadres de référence existent au niveau européen, comme [l'accord sur la digitalisation des entreprises](#). Celui-ci a été récemment décliné par [l'Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire](#) (UDES) mais il n'y est nulle part fait référence.

Le risque serait d'en faire un instrument de gestion au service de l'accélération du virage numérique au bénéfice du marché plutôt qu'un instrument de dialogue au service de la négociation du virage numérique à l'avantage des bénéficiaires et des professionnels.

5

Conclusion

Les enjeux liés au numérique en santé ne se bornent pas aux conditions de travail des professionnels du système de santé même s'il s'agit là d'un défi colossal. Pour autant ce projet de modernisation numérique du système de santé est présenté comme une réponse au service des professionnels pour alléger leur charge de travail ou faciliter leur coordination.

Toutefois, la mise à l'épreuve du terrain montre que ces promesses ont du mal à résister à la complexité du travail, ce qui conduit les professionnels à bricoler et développer des formes d'hybridité du travail. Les données (de santé), dont le nombre est décuplé avec la numérisation des systèmes d'information, apparaissent comme un nouvel élément perturbateur pour les professionnels de santé. Elles invitent à questionner le régime de travail qu'elles induisent tant celles-ci peuvent venir bousculer des pratiques antérieures, engager de nouvelles responsabilités plus au moins opaques, soutenir de nouvelles formes de collaboration, interférer dans les fonctionnements collectifs, faire écran au patient tout autant que se rapprocher des patients. Le numérique en santé n'est donc pas neutre pour les conditions de travail et ses impacts sont ambivalents selon les professionnels et les situations observées.

Nos explorations nous ont principalement conduits à enquêter sur l'intégration du DUI dans le médico-social. Nous notons que les usages restent peu développés. Celui-ci apparaît davantage comme un rouage technique du système d'information numérique que les professionnels alimentent et moins comme un outil en réponse à leurs besoins. Cela interroge les régimes de conception et les modalités de conduite de projet associées dont nous constatons qu'ils laissent peu de place à l'expression des professionnels, de leurs représentants et même parfois des structures. Aussi ces technologies apparaissent davantage encastrées plutôt qu'intégrées aux organisations. Elles conduisent plutôt à des contournements qu'au développement de nouvelles façons d'agir.

Pour autant, nos observations montrent qu'il ne s'agit pas seulement d'un fait du numérique. Elles invitent plutôt à interroger la façon dont les transformations du travail attachées au numérique sont véritablement opérées par l'organisation. C'est autour de cette question du management des transformations numériques que les difficultés se posent principalement.

En dehors de la formation aux outils comme réponse de base et souvent parcellaire, peu de moyens sont engagés pour accompagner ces transformations qui font rarement l'objet de concertation, d'évaluation et encore moins de maintenance. Aussi, nous pourrions davantage parler de déformation numérique du travail que de transformation numérique. Une conclusion hâtive conduirait à questionner les compétences des professionnels, du management au niveau des structures et leur capacité à piloter et animer ces projets de changement. Mais il faudrait en premier lieu interroger les moyens qui sont les leurs pour gérer simultanément le temps long des transformations du travail et le temps court de l'activité de travail concentré sur le soin et l'accompagnement.

Aussi, si les fondements techniques du numérique en santé font l'objet d'une ambition forte et d'un engagement des institutions du numérique en santé qui la traduisent en projets et réalisations, la fragilité de ses fondements organisationnels empêche son appropriation sur le terrain au service des professionnels. Il s'agirait certainement de reconsidérer la place et le rôle de ces derniers au-delà du statut d'utilisateurs, de développer des capacités d'attention au travail, de soin du travail, et pour cela soutenir la possibilité d'un dialogue social technologique de qualité.



Pilotage de projet :

Ludovic Bugand, Vincent Mandinaud, Anact
et Lise Delcourt Aract Bretagne

Rédaction :

Ludovic Bugand, Vincent Mandinaud et Fanny Maurel, Anact
et Lise Delcourt Aract Bretagne

Remerciements à :

Hélène Tiriau (DGOS), Manon Keusch-Bessard et Sarah Dulac (Anact), Léna Miller-Jones et Elisabeth Tayar (Aract Pays de la Loire), Jean-Loïc Retaud, Bernard Geffroy, Rémi Barba (ARS Pays de la Loire), Sabrina Moukah-Bellil (Aract Île de France), Dominique Chareyre et Louise Chesneau (ARS Île de France), Karen Hubert et Sabrina Boudailler (Aract Bourgogne Franche Comté), Bertrand Le Rhun (ARS Bourgogne Franche Comté), Elodie Galy et Noémie Cubaud (Aract PACA), Brigitte Daime, Laure Plais Richard et Céline Sanchez (ARS PACA), Julie Bereni-Belhacene, Erfane Chouikha et Grégory Plançon (Aract Grand Est), Julia Joannes, Gwenola Rey, Sylvie Guefvene, Sophie Leicarrague et Perrine Sarazain (ARS Grand Est), France Adélaïde (Aract Guadeloupe), Laurent Legendart, Brigitte Scherb, Marie-Josée Movrel, Jean François Cayet, et Liva Mondor (ARS Guadeloupe), Françoise Verdier et Emmanuel Albert (Aract Occitanie), Corinne Verhoven, Gui Marti et Gaëlle Deglise (ARS Occitanie), Bénédicte Briand (Aract Bretagne), Géraldine Carson-Jouzel (ARS Bretagne), Céline Hommette (ARS Bretagne), Claire Costantini et Marie Fontalbat (Aract Corse), Joseph Magnavaca, Audrey Colonna et Michel Spella (ARS Corse), Caroline Datchary (LISST), Alain Loute (UCL), Alexandre Mathieu-Fritz (LATTS), Jean-Marc Pocard (Groupe Hospitalier les Cheminots), Véronique Bouyaux (Aract Bretagne) et Annabelle Insua (Anact)

**Remerciements pour les relectures attentives
et la mise en page :**

Béatrice Sarazin, Christian Mahoukou et Corinne Berry - Billant, Anact

