

## **QVT et nouvelles technologies de l'information et de la communication**

### **Restitution du groupe de travail**

*L'observatoire national de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social, installé en juillet 2018, a réuni des groupes de travail dans une logique inclusive, composés de représentants des secteurs hospitalier et médico-social, libéral, des professions médicales et paramédicales, des responsables de la formation des professionnels, des directeurs d'établissements, des internes et étudiants en santé, des représentants des ordres médicaux et paramédicaux etc...*

*Cette synthèse est le produit du travail du groupe consacré à la QVT et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.*

#### Méthodologie :

Le groupe de travail ayant pour thématique « QVT et nouvelles technologies de l'information et communication » s'est réuni 5 fois entre mars et octobre. Deux responsables de groupe ont été désignés dès le début pour coordonner les travaux : l'une sage-femme libérale, l'autre directeur des ressources humaines dans un CHU. Des « personnes - ressources » ont été auditionnées afin de nourrir les réflexions des participants, notamment sur la télémédecine.

Les membres du groupe ont débuté leurs réflexions sur la base d'une note de cadrage élaborée par les experts de l'observatoire référents de cette thématique. Celle-ci aborde plusieurs aspects : l'histoire et la diffusion des nouvelles technologies, les appropriations différenciées dont elles font l'objet, les effets et conséquences du recours aux NTIC, les questions éthiques et juridiques que cela pose. Néanmoins, les membres du groupe se sont peu à peu affranchis de ces axes de réflexion qui leur étaient proposés pour s'orienter vers des problématiques rencontrées par les uns et les autres quotidiennement dans leur travail et qu'ils ont mis en avant au travers de témoignages lors de la première séance.

Ce souhait d'aborder essentiellement les questions pratiques intimement liées à l'activité de terrain des participants explique le fait que cette restitution ne traite pas l'ensemble des questionnements soumis initialement. Par ailleurs, le nombre limité de réunions ne permettait pas d'approfondir toutes les questions liées à cette thématique.

Les réflexions et pistes d'actions de ce groupe de travail ont été présentées lors du premier colloque de l'observatoire de la QVT le 29 novembre 2019. Cette présentation a été suivie d'échanges avec le public. Certaines interventions illustrant de façon pertinente les problématiques évoquées dans cette synthèse y ont donc été intégrées.

Dans un premier temps, le groupe a fait le constat des apports incontestables des nouvelles technologies dans le secteur de la santé et du médico-social, mais également des dérives que leur mauvais usage ou leur manque d'interopérabilité pouvaient poser et leurs répercussions sur les conditions de travail des professionnels. Des leviers ont été identifiés pour dégager des pistes d'amélioration dans l'utilisation et l'application des nouvelles technologies.

## Introduction :

L'arrivée des nouvelles technologies dans l'univers des soins constitue un mouvement déjà ancien qui ne cesse de progresser parallèlement aux progrès technologiques actuels.

C'est dans les années 60 que le mouvement d'informatisation a réellement débuté dans les établissements de santé et médico-sociaux. A cette époque, des applications d'envergure nationale sont développées. Elles ont dans un premier temps une orientation très administrative en venant s'intéresser à des processus essentiellement financiers. Dans la décennie suivante, des centres régionaux de l'informatique hospitalière (CRIH) sont créés. Ces structures publiques ont en charge le développement, la maintenance et l'exploitation de l'informatique hospitalière.

Le mouvement de médicalisation des SI apparaît dans les années 80. L'offre est fortement segmentée notamment entre d'une part les établissements publics et d'autre part les cliniques privées. Les CRIH continuent d'être chargés de l'informatique hospitalière publique alors que quelques industriels développent les outils des opérateurs privés de soins.

Dans les années 90 / 2000 la concurrence entre les CRIH et les développeurs privés de solutions informatiques perdure et nuit probablement à l'émergence d'une offre de qualité. Une offre privée se développe cependant à partir de cette date et les établissements se dotent de nombre d'applications médicotéchniques. Ces déploiements sont alors souvent très spécialisés, ne mobilisant que peu de professionnels et ne permettant pas une acculturation massive des professionnels de santé.

L'arrivée du plan Hôpital 2007 a rendu encore plus nécessaire l'informatisation de la production de soins des établissements ne serait-ce même que du fait du nouveau mode de financement des établissements (T2A) qui rend alors nécessaire une automatisation des processus qui doivent permettre une traçabilité exhaustive de l'activité des établissements. Des opportunités de financements de grande ampleur ont alors rendu le marché attractif et nombre de sociétés privées parfois multinationales ont investi le marché de l'informatique hospitalière. Cependant, le marché reste marqué par un morcellement important.

En 2012, la stratégie Hôpital numérique définit un plan de développement et de modernisation des SIH qui s'est concrétisé notamment par la création de synergies entre acteurs institutionnels (Ministère, agences nationales, fédérations d'établissements, ANAP, ASIP, ARS etc) et l'instauration d'un volet financier innovant, se traduisant par un financement conditionné à l'atteinte de cibles d'usage sur les domaines d'informatisation prioritaires. Une dynamique d'amélioration des SIH a ainsi été lancée et l'informatisation des fonctions administratives et médicotéchniques semble aujourd'hui quasiment complète.

La dématérialisation des ordonnances et des feuilles de soin dans les échanges avec les CPAM et les aides financières à l'informatisation des cabinets a également incité la majorité des professionnels conventionnés exerçant en libéral à s'informatiser, au minimum pour permettre la télétransmission.

Concernant l'informatisation des dossiers des patients, si une très grande majorité des établissements et des professionnels libéraux ont déployé ces fonctions, il demeure une marge importante de progrès dans l'intégration des dossiers de spécialités et dans la capacité des différents dossiers à communiquer entre eux et à inter agir efficacement.

Les fonctionnalités de ces différents outils, qui s'améliorent au fil du temps, ne doivent pas faire oublier que les nouvelles technologies viennent souvent réinterroger voire perturber les organisations de travail et donc l'exercice des professionnels de santé.

Ainsi, désormais, tout soignant quel que soit son lieu d'exercice est forcément confronté à l'outil numérique et il semblerait alors illusoire de penser que l'immixtion des nouvelles technologies n'a pas eu et n'aura pas encore un impact sur l'exercice professionnel et conséquemment sur la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social. Si de prime abord il semble naturel d'envisager que l'impact des « nouvelles » technologies est un progrès, les différents échanges et interventions ayant eu lieu dans le groupe de travail laissent apparaître un point de vue beaucoup plus nuancé. L'outil numérique a même été cité comme un facteur de stress pour les professionnels. Ce sentiment teinté d'ambiguïté entre nécessité et impact délétère, se retrouve souvent présent auprès des professionnels qui exercent au plus près du patient. La question se pose alors de savoir si l'importance de ces différents impacts a suffisamment été anticipée.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé rassemblent de nombreuses applications : les objets connectés contribuant au suivi des patients (exemple du lecteur de glycémie), la réalité virtuelle, la pratique de la télémédecine, l'arrivée de l'intelligence artificielle dans la démarche diagnostique, les applications mobiles spécialisées etc.

Pour nombre d'entre elles, elles ont en commun un recours aux systèmes d'information. Nous avons choisi de développer particulièrement ce socle commun dans ce document. Les réflexions, constats et recommandations seront donc applicables aux nouvelles technologies d'une manière plus générale par extension.

Par ailleurs, pour ce qui concerne la notion de qualité de vie au travail, elle sera entendue comme correspondant à la définition formalisée dans l'ANI (accord national interprofessionnel) de 2013, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte.

Le groupe de travail a choisi dans une première partie d'analyser les impacts des systèmes d'information sur la QVT, puis de réfléchir aux usages du numérique. Des expérimentations et initiatives locales seront présentées. Enfin, des recommandations se basant sur les témoignages et sur l'expérience des professionnels des membres seront formulées : il sera proposé des évolutions possibles, susceptibles d'améliorer l'acceptabilité du recours au numérique dans le domaine professionnel.

Témoignage formulé lors du colloque (29.11.2019) :

*« Nous vivons une révolution numérique, au-delà des problématiques de systèmes d'information que vous avez évoquées. Nous sommes confrontés à une forte accélération, avec les technologies liées à la télémédecine, qui ont des conséquences en amont et en aval de l'hôpital. Nous assistons également au développement des outils connectés, qui révolutionnent la pratique professionnelle. Toutes nos conceptions traditionnelles sont remises en cause. D'une certaine façon, ce mouvement s'apparente aux restructurations. »* (directeur de centre hospitalier)

## I – Une multiplicité de Systèmes d'Information : des enjeux de cohérence et d'interopérabilité

### A) Un état des lieux contrasté et des impacts ambivalents des systèmes d'information sur la QVT

#### 1- L'informatisation des processus de soins améliore à première vue la qualité de vie au travail des professionnels de santé

Selon la Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics, 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 libéraux sont également incités à s'informatiser. Les conditions d'obtention d'une aide forfaitaire à l'informatisation des cabinets sont détaillées dans les conventions passées par chaque profession avec la CNAM. Selon les professions, les demandes peuvent porter sur un taux particulier minimum de télétransmission des feuilles de soins et des ordonnances (avec une liste de logiciels conformes au cahier des charges Sesam Vitale), sur la nécessité de disposer d'une messagerie sécurisée de santé (MSS), et / ou encore sur le recours à un logiciel métier pour les dossiers patients et l'aide à la prescription. L'objectif est de sécuriser les échanges et les remboursements de soins par les CPAM, et permet un paiement des actes effectués en tiers-payant plus rapidement. L'ensemble des démarches en lien avec les CPAM est également simplifié et accéléré (prescription d'un arrêt de travail, remboursements des patients...). Les procédures papier existent encore mais sont particulièrement lentes et lourdes.

Un Atlas des SIH est annuellement publié par la DGOS, afin de mettre à disposition de l'ensemble des acteurs de la santé les données principales des SIH sur le territoire, en mesurer le déploiement et les usages par les professionnels de santé.

L'informatisation des processus de soins est fortement engagée et son déploiement est dynamique : d'après l'Atlas 2018 des SIH, 96% des établissements répondant à l'enquête déclarant un projet achevé ou en cours, 93% déclarent une politique de sécurité SI formalisée et 96% déclarent avoir désigné un référent sécurité SI.

Les apports présentés par le numérique en santé sont majeurs et multiples pour le renforcement de la qualité et de l'efficacité du système de santé.

Parmi les avancées permises par le SI, on peut citer l'informatisation de la dispensation des médicaments ou encore le déploiement d'une véritable démarche qualité, facilitée par la production de tableaux de bord permettant de regrouper et synthétiser des indicateurs pour les présenter de façon exploitable par l'encadrement ou le professionnel libéral. Par ailleurs, la sécurisation de la production de soins est une nécessité que tous reconnaissent et l'outil informatique participe de cette sécurisation.

Tracer l'activité, éviter les erreurs de retranscription, permettre un contrôle de la pertinence des prescriptions, accéder à l'information de manière immédiate, etc., tout ceci constitue un ensemble d'apports qui participe à une meilleure qualité des soins.

Or, la HAS a démontré que le sentiment de la dispensation de soins de qualité est une composante essentielle de la qualité de vie au travail des soignants. Ceux-ci profitent d'un supposé gain de temps lié à l'informatisation des prescriptions médicales, neutralisant au passage les difficultés de déchiffrage à la lecture ou les inconvénients liés au stockage et l'archivage d'anciens dossiers.

## 2- Le morcellement des systèmes d'information reste préjudiciable aux acteurs de soins

Cependant, force est de constater que l'informatisation de la production de soins est complexe et ce notamment du fait du nombre important d'acteurs à mobiliser, ceux-ci ayant parfois des logiques très spécifiques et des besoins qui leurs sont propres. En effet, les systèmes d'information dans le domaine des soins sont marqués par une complexité forte et un morcellement qui nuit probablement à son efficacité et à son ergonomie.

Par exemple, un libéral peut avoir besoin d'utiliser pour un même patient au moins cinq logiciels différents de manière routinière pour une consultation (ex : agenda sécurisé, dossier patient, télétransmission, MSS pour une demande d'avis, résultats biologiques). Chaque logiciel doit être ouvert indépendamment, avec les logins et temps d'ouverture nécessaires, et toutes les informations sont à renseigner à nouveau à chaque fois. En effet, ces logiciels ne sont pas interopérables, c'est-à-dire qu'ils ne communiquent pas entre eux. Le recours à ces logiciels présente un intérêt de sécurisation, de stockage et de communication, mais demande une multiplication des tâches administratives et de la saisie de données, ce qui est chronophage, expose à des *bugs* encore plus chronophages, et est très loin de l'activité clinique choisie quand on exerce dans la santé.

Selon la Cour des comptes dans son rapport annuel 2016, la France se caractérise par un marché de l'offre informatique très fragmenté, le positionnement de plusieurs éditeurs sur des marchés de niche "accentue leur vulnérabilité", ce qui fait craindre pour la pérennité de certaines solutions informatiques. La fragmentation que nous venons d'évoquer pose la question des moyens mis à la disposition de l'amélioration de l'ergonomie et de la praticité des différentes solutions informatiques mises à la disposition des établissements et des professionnels par les sociétés commercialisant ces dernières. Par ailleurs la dépendance financière des établissements à l'égard des éditeurs engendre une perte de leur autonomie, parfois pesante pour le personnel de direction. Le poids des investissements tant financiers qu'humains consacrés au déploiement des applications rend les choix de changement difficiles lorsque le résultat n'est pas à la hauteur des attentes des utilisateurs. Cela a pour conséquence une captivité de fait des établissements et une dynamique d'*upgradage* et d'amélioration des développeurs que l'on peut parfois qualifier de limitée.

## 3- Les systèmes d'information sont porteurs de risques identifiés sur les conditions de travail des professionnels

Les désagréments liés aux problèmes techniques ayant un impact sur les outils numériques et leurs conséquences sur la QVT des professionnels ne sont pas négligeables. En effet, les bugs, anomalies de fonctionnement ou difficultés d'accès à un réseau sont facteurs de stress et génèrent une charge mentale parfois lourde à gérer. Pour des professionnels ayant souvent le sentiment de manquer du temps qu'ils jugent suffisants auprès des patients pour bien effectuer leur travail, perdre du temps du fait de problèmes techniques semble insupportable.

Les conséquences du manque d'ergonomie et d'interopérabilité de certains systèmes d'information comme « empilés » entre eux, sont mises en avant. Ainsi par exemple, des manipulations d'interfaces

« non intuitives » ou la nécessité d'ouverture successives de fenêtres afin d'entrer une information dans un dossier patient, générant une perte de temps et un agacement pour les utilisateurs. De plus, la non exhaustivité de l'enregistrement et donc de la traçabilité des actes, du fait de l'aspect chronophage de celui-ci a également une conséquence financière pour les établissements. La dépendance des établissements à l'égard des développeurs, évoquée plus haut, n'incite pas ceux-ci à apporter les améliorations requises en termes d'ergonomie (faute de moyens de contrainte).

Dans le secteur libéral, il est pointé le fait que si les systèmes d'information ont permis une amélioration du processus de consultation, un accès plus rapide aux antécédents, à l'historique de consultations et des examens, cela s'est fait au prix de la génération de nouvelles tâches chronophages du fait aussi de nouvelles fonctionnalités (scannage, codage des examens complémentaires, de la saisie codée des antécédents et des diagnostics). De même, chaque professionnel doit se former et s'adapter aux différents SI utilisés par ses confrères et autres interlocuteurs, ce qui engendre également une perte de temps. L'arrivée des nouvelles technologies a également eu pour conséquence l'apparition d'un « tiers » dans la relation de soins. L'écran, est parfois vu comme un filtre ou un obstacle dans la relation du soignant avec son patient.

Par ailleurs, l'informatisation des processus de soins fait apparaître un risque en termes de sécurité des données et aussi en termes de dépendance grandissante à l'outil informatique. La crainte ou le risque de « bug » paralysant le système de soins ainsi que le caractère sensible des données rendent nécessaire la mise en place de mesures de sécurisation qui, si elles sont évidemment comprises et acceptées, n'en amènent pas moins des contraintes fortes ayant une influence sur la facilité d'utilisation par les professionnels. L'acceptabilité des contraintes induites par les outils numériques et par l'informatisation est donc remise en question et soumise à leur facilité d'usage.

Quant aux risques pour le patient, ceux-ci sont liés au risque de l'interruption de tâches ou de manque de visibilité sur la situation clinique de celui-ci.

Témoignages formulés lors du colloque (29.11.2019) :

*« L'utilisation des outils numériques est parfois au détriment de l'attention aux patients, ce qui explique un certain nombre de réticences. Elle peut éloigner les soignants de leurs valeurs professionnelles. »*

*« Je participe au projet Mood up, qui a été évoqué. En tant que libéraux, nous avons souvent l'impression d'être oubliés. Nous rencontrons les mêmes problématiques que les professionnels des établissements mais nous nous sentons très peu aidés. J'espère que notre qualité de vie au travail sera mieux prise en compte à l'avenir. »* (un chirurgien-dentiste libéral)

*« Je suis favorable au développement des outils informatiques mais les résistances viennent du manque de temps. Il est aussi très compliqué de surmonter les problèmes techniques. Nous ne savons jamais à qui nous adresser ».* (une infirmière dans un centre pour enfants polyhandicapés)

*« Nous rencontrons de plus en plus d'utilisateurs très connectés. Nous pouvons nous retrouver un peu en décalage. Avez-vous exploré cette dimension ? »*

## B) Propositions et perspectives

Il est indispensable que les développeurs, lors de la phase de conception des outils, associent largement les soignants pour que ces outils répondent à leurs besoins et celle de l'organisation.

En effet, les outils numériques ne peuvent être dissociés de leurs utilisateurs, des activités pour lesquelles ils sont conçus et de leurs contextes d'utilisation, à savoir la délivrance des soins, au-delà de leurs performances techniques et informatiques.

### 1- Il est nécessaire d'encourager les méthodes de conception innovantes associant pleinement les utilisateurs

Plusieurs méthodes sont mises en avant pour le développement de projets de SI, associant les utilisateurs lors de la phase de conception. Parmi ces méthodes on peut citer les suivantes à titre d'exemples :

- La **méthode AGILE** : elle permet de développer une version bêta d'un outil et de la tester auprès des utilisateurs sur un temps court, puis de faire évoluer le produit en fonction des besoins exprimés par les professionnels (design de service). Sur mesure et développée en mode AGILE, l'utilisateur est au cœur de la conception et l'application conçue est alors adaptée au contexte métier.
- Le **design de service** est une démarche de conception de service centré sur les utilisateurs de telle sorte qu'il soit *in fine* utile et utilisable facilement. Elle est basée sur la compréhension des attentes fonctionnelles et émotionnelles des futurs utilisateurs ce qui permet de répondre au mieux à leurs besoins. La méthodologie du design de service permet ainsi d'innover en concevant un service à la fois utile, utilisable et esthétique (désirable) pour l'utilisateur, mais également performant et différenciant pour l'organisation.

### 2- Il faut favoriser l'intégration dans un référentiel de certification l'obligation d'association des usagers au développement des SI

Il est proposé de mettre en place une procédure de labellisation ou encore d'agrément pour que soit intégré dans les critères d'un marché public et dans le cahier des charges, l'impératif d'associer systématiquement les usagers à l'élaboration de l'outil.

Le processus de certification des éditeurs de logiciels progressivement mis en œuvre depuis 2015 sous l'égide de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) et de l'ASIP santé (agence française des systèmes partagés en santé) a constitué une première étape pour améliorer la qualité des logiciels.

Aujourd'hui, l'ASIP santé est chargée notamment de délivrer aux industriels une certification Qualité Hôpital Numérique (QHN), adossée à un référentiel reposant sur le respect de normes ISO 9001 ou ISO 13485 et d'exigences complémentaires spécifiques aux industriels fournisseurs de solutions informatiques à destination des structures et professionnels de santé.

**Ce référentiel pourrait prévoir l'obligation d'associer davantage les professionnels de santé, les services de ressources humaines et les représentants du personnel à la conception des solutions informatiques des structures à toutes les étapes de la conception. Les utilisateurs doivent pouvoir tester les projets tout au long de leur mise en œuvre.**

Témoignage formulé lors du colloque (29.11.2019) :

*« Il faudrait inclure dans les cahiers des charges la prise en compte des utilisateurs et la qualité de vie au travail. L'objectif doit être de permettre aux professionnels de se concentrer sur leur cœur de métier. Nous avons perdu du temps mais cette perspective est probablement encore possible, surtout avec l'accélération que nous observons actuellement »* (une sage-femme)

### 3- La promotion de l'interopérabilité des SI hétérogènes et cloisonnés est une nécessité

Le manque d'interopérabilité entre applications demeure l'obstacle majeur à la cohérence et l'évolution des SI.

Il appartient à l'Etat de promouvoir le développement d'outil partagés. Le groupe de travail rejoint en cela les recommandations de la Cour des comptes qui dans son rapport évoqué plus haut de 2016 avait proposé de "rendre opposables aux éditeurs de logiciels les référentiels d'interopérabilité et de sécurité en vigueur" et d'"intensifier les travaux d'élaboration des référentiels métiers".

Lors du choix d'une application informatique, il conviendra donc de mieux anticiper les questions d'interfaces entre les différentes briques du SI et d'avoir la capacité de mesurer les performances de ces applications dans une sociologie du SI pré existante.

### 4- L'appui de structures locales expertes doit être encouragé

Il est recommandé de monter au plan local des équipes pluri professionnelles et pluridisciplinaires sur une organisation territoriale pouvant assurer le rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage. Ces équipes associeraient des professionnels du soin et de la technologie (par exemple des ergothérapeutes, des spécialistes des sciences cognitives et de la robotique, des informaticiens...) pour une analyse des usages des outils existants ou à créer. Cela permettrait de faire des diagnostics pertinents en lien avec les problématiques de terrain. Les GCS « e-santé » qui ont une mission de conseil et d'expertise sur les SI pourraient intervenir en appui.

### 5- Vers une stratégie nationale d'achat public ?

Les possibilités envisageables sont nombreuses, et méritent d'être étudiées de manière approfondie par les décideurs. Nous profitons donc de la parole qui nous est donnée dans ce groupe pour demander officiellement au Ministère de la Santé de réunir les experts adéquats pour réfléchir à des propositions concrètes sur le sujet de commande publique nationale des outils numériques de la santé et du médico-social.

Témoignage formulé lors du colloque (29.11.2019) :

*« Il faudrait peut-être imposer un logiciel. Cette solution éviterait des problèmes de sécurité pour les patients et améliorerait la qualité de vie au travail pour les soignants, surtout quand ils sont appelés à passer d'un établissement à l'autre. Aujourd'hui, la priorité est donnée aux indicateurs économiques dans l'évaluation de la performance des établissements. Une place plus importante pourrait être accordée aux indicateurs de qualité de vie au travail. »* (un directeur général de CHU)

## II- L'amélioration des usages du numérique : identifier les risques, les bonnes pratiques et renforcer la formation

Les outils numériques ne sont pas toujours responsables en eux-mêmes des difficultés des professionnels ; celles-ci résultent d'abord des usages qui en sont faits et des choix organisationnels de la structure. Comment réguler et encadrer l'utilisation de ces NTIC afin de limiter les effets de ces nouvelles technologies sur la vie des professionnels de santé et du médico-social ?

### **A) Les constats liés aux usages des nouvelles technologies**

#### 1- Les acteurs de santé sont souvent insuffisamment formés à l'usage des NTIC

Il est fait le constat que de façon générale, la santé connectée n'est pas suffisamment enseignée au cours des études médicales, ni dans les cursus de formation du personnel paramédical et administratif. Il en découle un manque d'aisance des professionnels dans la manipulation du numérique.

Or, outre l'utilisation quotidienne des systèmes d'information, le virage numérique actuellement à l'œuvre dans le secteur de la santé réclame de pouvoir utiliser des outils numériques et objets connectés. En effet, bien que leur intérêt médical soit encore en phase d'évaluation scientifique, ceux-ci apparaissent de plus en plus dans les services et les cabinets libéraux, tels les autotensiomètres ou des lecteurs d'auto-surveillance de la glycémie avec envoi des données aux soignants, dont l'objectif est l'amélioration du suivi médical des patients.

Les professionnels ne sont pas tous égaux face à ces outils numériques. Il existe une fracture générationnelle face au numérique, plus prégnante dans les métiers comme celui d'aide-soignant ou d'infirmier.

De fait, le risque d'une mauvaise utilisation du SI peut conduire à une perte d'efficacité du système et à des erreurs (exemples : mauvaise traçabilité dans le suivi du patient, mauvais codage etc...).

La qualité de vie au travail des professionnels en est impactée avec, outre la perte de temps, le stress lié à la crainte de faire des erreurs et la perte d'estime en son travail, le sentiment de « dégradation ».

Témoignage formulé lors du colloque (29.11.2019) :

*« Nous constatons une fracture générationnelle mais également une fracture sociale dans l'utilisation des outils numériques, notamment dans le secteur médico-social. Il est très compliqué pour des professionnels d'avouer qu'ils ne savent pas s'en servir. Lorsque les Directions ne communiquent plus que de manière dématérialisée, certains personnels se retrouvent exclus. Il faudrait s'assurer que les compétences de base sont acquises et, le cas échéant, proposer un accompagnement ». (une conseillère à l'URIOPSS Occitanie )*

## 2- La frontière entre vie privée et vie professionnelle est de plus en plus floue : phénomène du *blurring*

Le droit à la déconnexion est prévu par la loi travail du 8 août 2016. Il est un des moyens parmi d'autres de prévenir le *burnout* dont dispose l'employeur public ou privé pour aider un agent public ou un salarié à se protéger de ce "syndrome d'épuisement professionnel".

Selon une étude Eléas (septembre 2016), 37 % des actifs utilisent les outils numériques professionnels hors temps de travail et 62 % des actifs réclament une régulation des outils numériques professionnels.

Face au risque d'accroissement des rythmes de travail, principalement pour les cadres et les professionnels ayant une certaine autonomie dans leur travail et la sur-sollicitation des professionnels notamment pour des demandes de remplacement, il est impératif d'instaurer au sein des établissements un réel droit à la déconnexion. En effet par exemple, l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent influencer sur les horaires de travail des cadres ou professionnels travaillant « en forfait », pour lesquels l'utilisation de la messagerie électronique ou du téléphone portable représente une part importante de leur travail et permet éventuellement de travailler en dehors des heures de travail.

À défaut de trouver des solutions pérennes au manque de professionnels, il est nécessaire d'encadrer la sollicitation des professionnels en dehors de leur temps de travail. Il s'agit d'un droit pour un salarié de ne pas être joignable par les outils de communication (téléphone, tablette, ordinateur...) en dehors de son temps de travail, ceci afin d'assurer le respect des temps de repos, de congé ainsi que la vie personnelle et familiale.

La mise en œuvre du droit à la déconnexion est adaptable compte tenu du fonctionnement et des besoins de la structure s'agissant de son activité, ainsi que la gestion de l'organisation du temps et de la charge de travail du personnel. Les employeurs pourront choisir d'aborder le droit à la déconnexion par une approche par l'accès aux outils (restreindre l'accès au TIC en verrouillant l'accès aux outils après une certaine heure ou le week-end), par la régulation des pratiques de travail (respect des temps de repos ou en faisant évoluer les accords sur le temps de travail) ou encore par l'évolution des comportements (formation, sensibilisation). Cependant le droit à la déconnexion interroge dans les organisations soignantes l'obligation de continuité des prises en charge.

Cette réflexion concerne également les travailleurs libéraux. En effet, d'après le rapport sur la santé des soignants du Pr Truchot, publié en 2018, le stresser « débordement sur la vie privée » est plus ressenti pour les professionnels libéraux que salariés. Il paraît donc nécessaire de sensibiliser les libéraux au *blurring* et au risque qu'il présente concernant leur QVT, et de les informer des solutions et choix qui s'offrent à eux pour se préserver.

Le *blurring* n'est pas seulement imputable à des injonctions extérieures au professionnel. Il peut également résulter de choix personnels, pour les hospitaliers comme pour les libéraux, bien qu'il ne soit pas toujours simple de tracer une frontière entre choix personnels et besoin d'amélioration de ses compétences pour rester performant.

A titre d'exemple on peut citer les MOOC (Massive Open Online Course) : il s'agit d'une formation à distance gratuite et ouverte à tous, sans prérequis de niveau. Cela permet d'enregistrer des connaissances sur un thème précis, en lien ou non avec le domaine professionnel. La formation « MOOC » se fait le plus souvent sur son temps libre. Si la plus-value est réelle pour le salarié, qui en

devient plus efficient, cela se fait sur son temps personnel et au détriment de sa QVT, puisque le MOOC n'entre pas dans le cadre de la formation continue.

### 3- Le respect du secret médical des soignants, menacé par des garanties de confidentialité insuffisantes : une question éthique majeure

Le droit de pouvoir se faire soigner dans l'établissement dans lequel on travaille, surtout pour les professionnels ne disposant que de peu de temps libre est une composante de la qualité de vie au travail des soignants.

Or, ce droit est menacé dans les établissements ne disposant pas de modalités de verrouillage des dossiers médicaux suffisamment solides pour garantir à un soignant que ses collègues ne pourront pas y accéder.

A titre d'exemple, les professionnels de l'APHP sont nombreux à souhaiter bénéficier d'un suivi médical extérieur à cette structure, de crainte que le secret médical lié à leur état de santé ne soit pas garanti. Il convient de pouvoir assurer au soignant-patient qu'il restera bien propriétaire de ses données médicales.

Cette question de la confidentialité des données de santé est liée à celle de la déontologie des personnels.

Il semble ici intéressant de s'inspirer de pratiques à l'étranger qui mettent en œuvre un système performant de verrouillage à double niveaux, limitant ainsi les accès estimés a priori illégitimes. L'installation d'option de « bris de glace » permettant de tracer les accès et de détecter les consultations non justifiées est à développer.

### 4- La télémédecine : une pratique à développer et des défis à relever

L'introduction de la télémédecine (TLM) et de la consultation délocalisée permettent de répondre à un besoin éthique majeur pour la population : l'égal accès à la santé. Un parcours de soins optimisé et adapté aux besoins des patients est rendu possible par l'abolition des contraintes géographiques et l'accès à des avis spécialisés. Cet atout éthique est un facteur protecteur de la QVT aux yeux de certains professionnels. Cependant, cette nouvelle forme de pratique, complémentaire du présentiel, n'est pas sans impact sur la manière de travailler du soignant. Elle nécessite de réaliser des efforts de réflexion, de recul sur ses pratiques, d'adaptation et d'évolution de la vision de son exercice, pouvant être sources de mieux-être comme de difficultés. Certains soignants s'interrogent sur la possibilité de prodiguer des soins avec des critères conformes à leurs exigences de qualité. Les modifications induites dans l'environnement de travail générées par la télémédecine concernant directement ou indirectement la QVT des PDS, présentant à la fois des avantages et des limites, sont présentées ci-dessous. Ces données sont issues d'études réalisées par le Pr Alexandre Mathieu-Fritz, sociologue spécialisé dans les NTIC et les organisations de travail, et de cours donnés par le Dr Pinganaud à propos de l'éthique et de la télémédecine dans le DIU national de télémédecine.

Ce tableau est un exemple concernant le fond d'une information à délivrer aux professionnels pour les familiariser avec les NTIC, afin de leur permettre un « usage éclairé du numérique ». Pour chaque application ou type d'outil, les utilisateurs doivent être formés à utiliser de manière critique les NTIC,

c'est-à-dire en toute connaissance des limites et avantages de celles-ci, et en ayant conscience des suggestions d'utilisation vertueuse pour leur QVT et leur travail.

Modifications induites par l'usage de la TLM	Limites possibles	Atouts	Solutions / Enjeux
Etablissement d'une relation de confiance avec le patient et soin à distance	Crainte préalable de nombreux professionnels, « déshumanisation » des soins	Libération de la parole, levée d'inhibition plus rapide	Systématiquement : recueil de consentement éclairé du patient, présentation de chaque intervenant, explications du fonctionnement, disposition de l'écran et de la caméra de manière à « se regarder dans les yeux »
Asymétrie contextuelle entre patient et soignant	Pas d'examen clinique en mains propres Perte de données sensorielles et d'infralangage Surcroît d'attention nécessaire, risque « d'effet tunnel » et de fatigue	Oubli rapide du dispositif Inclusion du patient et de son entourage dans les échanges, dans son cadre de vie Economie de déplacements	Réflexion préalable au type de cas de figure et de patients adaptés à une prise en charge à distance. Prévoir de faire accompagner le patient d'un PDS si besoin
Matériel et moyens nécessaires à la pratique de la télé-médecine	Qualité de l'information ne permettant pas d'établir un diagnostic fiable (ex : photographie pour avis dermatologique) Investissement financier Risques de dysfonctionnements techniques	Traçabilité des demandes d'avis et expertise Aides financières à l'équipement de la CPAM	Utiliser des outils marqués DM / conformes aux référentiels de bonnes pratiques, le PDS doit définir les critères de qualité qu'il juge nécessaire à sa pratique (ex qualité photo, vidéo, vue partielle ou complète, ..) et refuser de se prononcer en cas de qualité insuffisante
Vulnérabilité des données / respect du secret médical	Risques concernant la cybersécurité et le devoir de protection des données à caractère personnel et des données de santé	Partage simplifié de données dans l'équipe de soins au bénéfice du patient, évite la perte d'informations et la redondance des actes	Il est indispensable de recourir à des outils sécurisés : hébergeur agréé données de santé, messagerie sécurisée, d'être conforme au RGPD et d'avoir des prestataires reconnus comme les GCS régionaux
Abolition des déplacements		Gain de temps et d'énergie pour le PDS Diversification de la patientèle, satisfaction dans l'équité de l'accès aux soins et vis-à-vis du bien-être de certains patients	
Possibilité d'exercer depuis différents lieux	Risque de demande d'expertise lors du temps personnel	Adaptation des conditions de travail aux situations personnelles (santé, familiales, géographiques...)	Emploi du temps strict et organiser / notifier en préalable les modalités d'actions en cas d'absence du PDS
Nouvelles compétences nécessaires pour travailler	Difficultés personnelles à manier l'informatique	Assez intuitif pour certains	Formation à l'usage, pratique de simulations En amont assurer la facilité d'emploi des dispositifs et logiciels
Un PDS sollicité à distance va guider un PDS pour obtenir grâce à celui-ci les informations cliniques et/ou pour faire les gestes médicaux, c'est le délégué	Effort de description à fournir Besoin de confiance pour déléguer des tâches au cœur du diagnostic	Transmissions de savoirs et de savoir-faire Satisfaction d'apporter une expertise à des patients et confrères qui en auraient été privés autrement	Respect des individus et des différentes professions de santé indispensable. Ouverture aux compétences complémentaires d'autres PDS pour une optimisation des prises en charge
Un PDS auprès du patient va suivre les instructions cliniques de l'expert, c'est le délégué.	Impression d'être « utilisé » comme « mains » de l'expert	Montée en compétences Valorisation des compétences individuelles	Communication inter-professionnelle et mutualisation des savoirs Fédération de différents PDS autour d'un patient
Regard d'autres PDS sur sa pratique, sortie du colloque singulier	Espace de jugement	Transmission des bonnes pratiques Accès facilité aux avis spécialisés Sentiment de sécurité, partage de responsabilité	Aide à la décision, rupture de l'isolement de certains PDS ou Etablissements de Santé, prise de recul

##### 5- Le télétravail : des avantages indéniables pour les professionnels mais peu pratiqués par les soignants

Selon l'article L1222-9 du code du travail, le télétravail se définit comme : « toute forme de travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées par un agent dans les locaux de son employeur sont réalisées hors de ces locaux de façon régulière et volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Le télétravail se présente comme un vecteur de QVT dans la mesure où il limite les trajets domicile-travail, permet de travailler dans un environnement calme loin de l'effervescence et de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Le fait de pouvoir travailler à domicile est une solution qui paraît attractive pour nombre d'agents qui utilise quasi uniquement des ordinateurs. Néanmoins, l'organisation en télétravail nécessite que le salarié soit en capacité de gérer lui-même son rythme et sa charge de travail. Par ailleurs, travailler à distance ne doit pas être synonyme d'isolement ou de mise à l'écart. En effet, il peut y avoir un risque de perte de lien social. L'équipe de travail reste le repère. Une absence trop longue de la

structure peut desservir les relations avec les collègues de travail. Les nouvelles technologies de l'information et de communication peuvent pallier ces risques. Elles permettent aux télétravailleurs de rester en contact avec leurs collègues, de diffuser et de recevoir de l'information en temps réel, de les rapprocher ainsi du quotidien de l'organisation. Le travail à distance est aussi l'opportunité d'innover en déployant de nouveaux outils : GED, visioconférence, applications partagées sur le web, réseaux sociaux d'entreprise.

De plus en plus d'établissements de santé mettent en place du télétravail, souvent après une phase d'expérimentation. Néanmoins, de fait ce sont les personnels administratifs, en grande majorité, qui peuvent en bénéficier (secrétaires médicaux, agents du département d'information médicale, cadres de direction).

## **B) Renforcer la formation des acteurs sur l'usage des nouvelles technologies : un enjeu majeur**

### **1- La formation aux nouvelles technologies dans les cursus universitaires, la formation continue et lors de la prise de fonctions doit s'intensifier**

L'une des priorités est d'ancrer dans les référentiels et maquettes de formations initiales une sensibilisation aux outils numériques (pour les nouveaux entrants dans la profession). Cela peut se traduire par un tronc commun pour les personnels médicaux et paramédicaux.

Il faut encourager les formations universitaires qui proposent des diplômes apportant des connaissances théoriques sur des volets spécifiques de la santé connectée (juridiques, éthiques, télémédecine...), comme par exemple le diplôme interuniversitaire (DIU) de la Société française de télémédecine.

En 2018, un DU « Enseignement pratique pluridisciplinaire de la santé connectée » a notamment été créé. D'après ses directeurs, ce DU « *insiste particulièrement sur la mise en situation, au travers de la conception d'un projet d'e-santé. Sa particularité est de regrouper, au sein d'une même promotion, des étudiants et professionnels d'horizons divers (ingénieurs, juristes, soignants...). Cette pluridisciplinarité vise à favoriser non seulement l'acquisition des connaissances, mais aussi les retours d'expérience, positifs comme négatifs, qui font parfois défaut pour mener à bien les projets de santé connectée.* »

Dans certains IFSI, l'accompagnement est renforcé avec des méthodes pédagogiques innovantes, portées sur l'utilisation des outils numériques avec la pratique simulée, les *serious games*, les *escapes games* ou l'usage de la réalité virtuelle immersive.

Concernant la formation continue, il est recommandé de systématiser les formations didactiques par le pair référent du logiciel utilisé par la structure, en dédiant un temps spécifique pour le faire.

Il importe également de mener des temps de formations en ré-accompagnement régulier pour des opérer des actions correctives, quelques temps après la première formation et de façon structurée.

Enfin, lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants, un temps devrait être consacré à la présentation des différents logiciels et outils avec lesquels travaillent la structure, ou encore à mettre

en garde les professionnels sur certaines pratiques. Lors de la prise de fonctions des professionnels, il convient de renforcer leur accompagnement en matière d'usage des systèmes d'information.

## 2- La rédaction de guides sur le bon usage du numérique, et la mise en place d'actions de sensibilisation sont des actions de nature à favoriser les bonnes pratiques

La réalisation d'un guide, papier, numérique, vidéo ou encore infographique sur les bonnes pratiques en matière d'outils numériques, faisant le lien avec la qualité de vie au travail des professionnels, est proposée afin de développer les dispositifs de régulation interne des usages du numérique.

Celui-ci aborderait la question de la gestion de son temps de connexion et prônerait un usage critique et vigilant des réseaux sociaux, par exemple lorsque des groupes de discussion internes à certains services sont créés.

Une charte sur l'usage du numérique en santé, adressée aux professionnels, pourrait être un vecteur permettant de rappeler les règles d'usage des réseaux sociaux :

- le respect des secrets médical et professionnel ,
- la nécessité de ne pas véhiculer de contenu discriminatoire ou diffamatoire,
- le devoir de réserve (éviter les prises de parole au nom de son établissement)
- le respect de la vie privée des collègues et des patients
- la maîtrise des paramètres de confidentialité (profil perso, groupes de discussion...).

Les ordres médicaux, les organismes de sécurité sociale ou encore les ARS peuvent constituer des relais d'information sur l'usage des outils numériques, notamment auprès des libéraux lors des rendez-vous d'installation.

Des dispositifs de sensibilisation et de responsabilisation pourraient être mis en œuvre : information des professionnels sur leur droit de préserver leur vie personnelle, mesure d'alerte et de formation sur les risques liés à l'hyper connexion, réponses automatiques (« je suis absent, retour prévu le... »)

Enfin, des dispositifs incitatifs comme la mise en place de créneaux horaires de déconnexion peuvent également être imaginés.

## 3- La systématisation de la valorisation du temps de formation des professionnels est nécessaire

Il convient d'intégrer et valoriser le temps passé à la formation aux outils numériques dans le temps de travail des professionnels. A l'heure actuelle, il y a une faible reconnaissance et valorisation du temps passé à la formation aux NTIC, le temps de soins étant privilégié au détriment de l'utilisation de ces outils.

A titre d'exemple : le temps consacré à la lecture des documents HAS en ligne, la lecture d'articles sur la revue spécialisée Cairn, la lecture du projet d'établissement en ligne, la consultation de l'intranet...

Par ailleurs, déterminer formellement des temps de détachement des professionnels de leur tâche pourrait leur permettre de se familiariser avec les outils numériques.

Le rôle de l'encadrement à l'égard des nouvelles technologies et de son positionnement est également à penser.

Enfin, en cas de changement ou d'évolution importante du système d'information dans une structure, il convient de renforcer l'accompagnement des professionnels. Lors de tels projets, cet accompagnement est trop souvent laissé de côté. Il doit être amélioré et pour cela être valorisé le plus en amont possible afin d'entrer dans le cadrage financier du projet informatique.

### **III - Des expérimentations à valoriser : les nouvelles technologies au service de la qualité de vie au travail**

Le groupe de travail a souhaité évoquer ci-après plusieurs initiatives et expériences qui lui sont apparues comme étant des pratiques innovantes à valoriser, modéliser, voire reproduire.

#### **Le groupement de coopération sanitaire (GCS) SARA : un outil numérique au service de la coordination des soins**

Le GCS SARA propose une plate-forme régionale d'e-santé en région Auvergne-Rhône-Alpes. C'est un organisme de droit privé à but non lucratif, qui permet une coopération entre secteur privé et secteur public, ainsi qu'entre ville et hôpital. C'est l'acteur opérationnel au service des projets de e-santé de la région : il développe des services numériques innovants, interopérables et sécurisés, au service des acteurs de santé régionaux avec pour objectif d'améliorer la coordination des soins. Une messagerie sécurisée de santé (MSS) est mise gratuitement à disposition des professionnels de santé de la région. La plate-forme permet notamment l'hébergement sécurisé des téléconsultations et télé-expertises, et accompagne les PDS souhaitant recourir à la télémédecine. Les projets et applications de e-santé de la région sont accessibles depuis le même portail. Son rapport d'activité 2018 met en avant 15 millions d'usages, 300 000 utilisateurs des applications SARA, et 350 000 échanges de données par mois.

Le recours à SARA permet, en plus d'une utilisation gratuite et sécurisée, de garantir une cohérence régionale dans le recours à la télémédecine et à la e-santé, partagé entre la ville et l'hôpital. Cela répond à la problématique du manque d'interopérabilité des SI décrit en première partie, en proposant des applications créées à la demande des utilisateurs.

#### **PAACO GLOBULE et la plate-forme territoriale d'appui en Nouvelle-Aquitaine : un partage d'outils pour une meilleure coordination des soins**

PAACO est l'outil régional de coordination et de communication en santé porté par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine et déployé par le GIP ESEA NA. C'est un journal de bord du patient, partagé avec les professionnels de l'équipe de soins et permettant le partage d'informations autour du patient pour une coordination décloisonnée des parcours et un maintien à domicile sécurisé. Son utilisation s'inscrit en lien avec une plate-forme territoriale d'appui, qui vient coordonner les soins en ville du patient avec un parcours médical complexe. Il s'agit d'un guichet unique permettant une fluidification et une amélioration de l'efficacité des prises en charges et un soutien aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Elle permet d'éviter des hospitalisations inutiles et des ruptures du parcours de soins. Elle soutient les pratiques professionnelles, en encourageant la

partage d'outils, de protocoles et d'éducation thérapeutique, et agit dans une logique de subsidiarité vis-à-vis des professionnels impliqués.

### **Le Projet Mood Up ARA : la télémédecine pour l'amélioration de la QVT des soignants libéraux**

Ce projet a été élaboré par une délégation inter-URPS d'Auvergne - Rhône-Alpes ayant pour mission la lutte contre la souffrance au travail en libéral. A partir du site [prevention-soignant.fr](http://prevention-soignant.fr), les PDS libéraux pourront prendre rendez-vous avec des psychiatres formés sur la prévention de l'épuisement professionnel. Les bénéficiaires pourront alors faire le point sur leurs conditions de travail et être amenés à identifier les facteurs de risque et risques psycho-sociaux auxquels ils sont exposés, et à réfléchir à des aménagements afin de préserver leur bien-être et une bonne QVT. Cette expérimentation régionale illustre un usage de la télémédecine au service de l'amélioration directe de la QVT des soignants. L'abolition des déplacements offre un gain de temps et d'énergie, une possibilité de choix d'un psychiatre éloigné de son propre réseau géographique et plus de facilité à insérer ce type de RDV dans un emploi du temps déjà chargé. Le dispositif s'adresse aux soignants ouverts à la prévention mais éprouvant des difficultés à y accéder (temps, moyens). La trame de la consultation de prévention est élaborée en collaboration avec la CARSAT. Le site [prevention-soignant.fr](http://prevention-soignant.fr) met à disposition des soignants un ensemble d'outils, de conseils bien-être, de témoignages et de formations visant à la prévention de l'épuisement professionnel.

### **Quand la réalité virtuelle investit la formation des soignants**

Certains instituts de formation utilisent des plateformes de formation immersive dédiée aux soins infirmier. Dans une région, la collaboration entre une start-up et les formateurs et étudiants a permis la mise au point d'un programme de formation basé sur les technologies de réalité virtuelle. En fournissant un environnement virtuel à même d'augmenter les possibilités pour expérimenter et répéter les techniques apprises, cette plateforme vise à contribuer à améliorer la qualité du soin et augmenter la sécurité du patient. Le principe est le suivant : après avoir mis un casque qui leur permet de voir à 360 degrés, les étudiants sont plongés dans une réalité virtuelle immersive pendant environ une demi-heure. L'objectif est de réaliser un soin à partir d'une prescription médicale.

Le scénario pédagogique imaginé reposait sur l'administration d'un traitement injectable. Ainsi, la pédagogie par le jeu permet aux étudiants de développer de nouvelles compétences. Ce programme est désormais intégré dans la formation aux techniques de soins, aux côtés des cours pratiques. L'objectif est d'enrichir les scénarios avec par exemple la réalisation d'une transfusion sanguine en réalité virtuelle.

### **Deux dispositifs numériques au CHU de Clermont Ferrand pour l'amélioration de la QVT :**

Dans le cadre de l'élaboration de son projet social, le CHU de Clermont-Ferrand a souhaité pouvoir expérimenter deux dispositifs numériques innovants ayant pour objet l'amélioration de la qualité de vie au travail de ses agents.

La première expérimentation concerne l'utilisation d'un dispositif de réalité virtuelle dans la prise en charge et la prévention de la douleur et du stress chez les professionnels. La conception de ce dispositif a été développée par l'institut Analgésia spécialisé dans la recherche dans le domaine de la douleur. L'institut Analgésia réunit plusieurs membres dont l'université Clermont-Auvergne, la région

Auvergne-Rhône-Alpes et le CHU de Clermont-Ferrand. Les missions principales d'Analgésie sont de soulager, accompagner les personnes souffrant de douleurs chroniques mais aussi d'informer, sensibiliser et former dans le but de réduire l'impact sociétal et économique de la douleur. C'est notamment dans le cadre de ce dernier objectif qu'une expérimentation a d'abord été menée dans une grande entreprise du secteur marchand. Le programme E-DOL RV prévoit l'utilisation de la réalité virtuelle qui a montré son intérêt pour la douleur aiguë. Dans le cadre professionnel, l'utilisation de la réalité virtuelle pourrait répondre à des situations de douleurs chroniques souvent présentes chez les professionnels de santé. La simplification des dispositifs de réalité virtuelle (casques) rend ce dispositif facile d'utilisation et ne mobilisant que peu de ressources pour sa mise en œuvre. Plusieurs sessions de réalité virtuelle sont actuellement en développement afin de permettre une meilleure adaptation aux différentes situations de douleurs en allant au-delà du simple détournement d'attention.

Le CHU de Clermont-Ferrand souhaite proposer ce dispositif aux professionnels d'un de ses sites (Hôpital Louise Michel) qui accueille principalement les activités de gérontologie. Ce site regroupe une quantité importante de personnels souffrant de TMS et ayant un nombre de jours d'arrêt maladie plus important que les autres sites du CHU. L'expérimentation doit être précédée d'une phase d'information des équipes et par la mise en place de relais sur site afin d'accompagner les professionnels futurs utilisateurs. L'objectif est de proposer des séances de réalité virtuelle, sur le lieu de travail, d'une durée de 15 à 30 minutes et de mesurer l'impact de ces séances à l'issue de la phase d'expérimentation qui devra débuter début 2020 pour une durée de 12 à 24 mois.

La deuxième expérimentation concerne la prévention du risque psychosocial chez les professionnels par l'utilisation d'une solution informatique en ligne.

L'intérêt de l'application est de mettre à la disposition des directions un baromètre de la QVT des professionnels mais aussi de dispenser à chaque utilisateur des conseils en lien avec son bien-être au travail. A la suite d'un premier questionnaire dématérialisé auquel peuvent répondre les professionnels de manière totalement anonyme, des indicateurs tels que la satisfaction au travail, la forme, le stress ou le moral pourront être suivis. Le professionnel a ensuite la possibilité de renseigner les indicateurs qu'il souhaite de manière quotidienne (ou au rythme qui lui convient) s'il le souhaite en se connectant à l'application. La facilité d'utilisation et la possibilité de mettre en place un suivi rapide est apparu comme étant de nature à rendre cet outil pertinent. Le CHU a fait le choix d'expérimenter début 2020 cet outil dans deux secteurs, un secteur d'hospitalisation et un secteur administratif.

## Conclusion

Nous l'avons vu, l'arrivée des nouvelles technologies et des outils numériques dans le monde de la santé a eu des conséquences plus ou moins positives sur les conditions de travail des professionnels.

La relation de soins a été fortement modifiée dans les dernières décennies. Succédant à un mode de prise en charge souvent empreint d'adaptation intuitive, peu tracée et rendant possible les glissements de fonctions et les erreurs, une culture de la sécurité et de la qualité est apparue. C'est parallèlement à ces évolutions que les NTIC se sont généralisées dans les soins et à l'hôpital. Se pose alors la question de savoir si les impacts supposés des nouvelles technologies dans l'organisation du travail et des prises en charge ne sont pas plus les conséquences d'une nécessaire sécurisation des soins et ce d'autant plus face à la judiciarisation des relations entre les patients et le monde médical. L'hôpital vu comme « *avant tout un lieu d'humanité, parce que l'homme couché y oblige l'homme debout* »<sup>1</sup> est devenu un lieu de technicité grandissante et de recherche continue de sécurisation. La participation des nouvelles technologies dans le phénomène de perte de sens évoquée par certains professionnels dans leur exercice n'est donc probablement pas si aisée à objectiver.

Il est en revanche assez évident que l'utilisation des nouvelles technologies dans les soins a pour conséquences une modification des tâches des professionnels. L'inadaptation fréquente des outils et le manque d'ergonomie de ces derniers sont eux plus directement à l'origine d'une dégradation de la qualité de vie au travail. L'outil informatique a selon les professionnels pris une place importante et vient parfois remplacer du temps passé auprès des patients. Le groupe de travail s'est ainsi attaché à émettre plusieurs recommandations qui lui ont semblé pouvoir participer à une meilleure acceptabilité des outils numériques afin de faire d'eux non plus un facteur de stress et de dégradation des conditions de travail mais une aide et un facteur de libération d'un temps qui pourrait être consacré à la prise en charge clinique des patients. Dans un futur proche, il est prévisible que le mouvement d'accélération de la présence des nouvelles technologies persiste et que des évolutions telle que l'intelligence artificielle prenne place dans les soins. Il conviendra alors d'accompagner ces évolutions chez les professionnels de santé afin de prévenir un éventuel conflit éthique délétère pour la qualité de vie au travail. L'objectif sera donc de réconcilier les capacités scientifiques et leur acceptabilité morale.

---

<sup>1</sup> Dans une approche d'éthique de responsabilité, se référant au philosophe Emmanuel Lévinas, Alain Cordier, ancien Directeur Général de l'AP-HP, rappelle à ses interlocuteurs institutionnels que « l'hôpital est avant tout un lieu d'humanité, parce que l'homme couché y oblige l'homme debout ». Ainsi, selon le philosophe, l'épiphanie (vue comme étant l'apparition) du visage de l'autre (le patient) oblige le soignant et l'apparition d'un nouveau médium tel que l'écran est susceptible de venir perturber cette relation duelle.

## **Bibliographie**

- ANACT, Transformation numérique : les enjeux, 2015
- ANACT, Le télétravail améliore-t-il la qualité de vie au travail, 2018
- ANAP, Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs, 2014
- J. BERANGER et P. LE COZ Vers une utilisation éthique des systèmes d'information en santé, Journal International de Bioéthique, 2014
- Centre d'analyse stratégique, rapport sur l'impact des technologies de l'information et de la communication sur les conditions de travail, 2012
- Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics
- H. CHAUDET, F. ANCEAUX, M.C. BEUSCART, S. PEALYO et L. PELLEGRIN – DSIH - Facteurs humains et ergonomie en informatique médicale
- Cour des Comptes, rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2016
- Croix-Rouge, La réalité virtuelle : un outil innovant en simulation - IFSI Nice, juin 2018
- DGOS/ATIH, Atlas des SIH: état des lieux, 2018
- MATHIEU-FRITZ Alexandre et Laurence ESTERLE, Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches, 2013
- Pr Didier TRUCHOT, Rapport de recherche sur la santé des soignants, échantillon de 6066 participants, 2018

## **Liste des abréviations :**

- ANACT : Agence nationale d'amélioration des conditions de travail
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
- ASIP : Agence française de la santé numérique
- CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- CRIH : Centres régionaux de l'informatique hospitalière
- DM : Dispositif médical
- DSSIS : Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
- GCS : Groupement de coopération sanitaire
- MOOC : Massive Open Online Course
- MSS : Messagerie sécurisée de santé
- PDS : Professionnel de santé

QVT : Qualité de vie au travail

SI : Système d'information

SIH : Système d'information hospitalier

TLM : Télé médecine