



Rapport de recherche scientifique Synthèse

DoNuTS

Domicile – Numérique – Travail de Soins

Les usages des technologies numériques dans le soin à domicile. Analyse du travail réel des professionnels de plusieurs structures de santé

Vanina Mollo
Baharak Pentecôte

Juillet 2024

Sommaire

Introduction.....	1
Première partie : Fondements théoriques et objectifs de la recherche	2
1. Fondements théorique.....	2
2. Objectifs et réorientation de la recherche	3
2.1 Objectifs de la recherche	3
2.2 Réorientation de la recherche.....	3
2.3 Une recherche pluricentrique élargie aux outils numériques	3
Deuxième partie : Terrains de recherche et méthodologie.....	4
1. Terrains de recherche	4
1.1 La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Portes du Lauragais	4
1.2 Trois services d'Hospitalisation à Domicile (HAD)	4
1.3 Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).....	5
2. Méthodologie	5
Troisième partie : Résultats par terrain	6
1. La CPTS des Portes du Lauragais.....	6
2. L'HAD somatique de Montauban	7
3. L'HAD psychiatrique.....	8
4. L'HAD d'Albi	9
5. La MSP La Bouyère	10
6. Les entretiens avec les coordinatrices.....	11
Discussion	12
1. Une diversité d'organisations et d'outils qui impacte les usages	12
1.1 Des cadres de travail divers	12
1.2 Des outils et besoins divers	13
1.3 Des rapports individuels aux outils divers	13
2. Des outils qui occultent la dimension relationnelle des soins	14
3. La traçabilité numérique : une double visée de transmission et de contrôle	15
4. La coordination interprofessionnelle des soins à domicile : des promesses technologiques à l'activité réelle	16
4.1 La coordination interprofessionnelle : un processus dialogique	16
4.2 Une exigence de sécurisation des données qui entre en conflit avec les autres exigences de l'activité	17
5. Une nécessaire ingénierie d'accompagnement au déploiement et à l'usage	18

5.1 Un important travail des acteurs ressources	18
5.2 Un besoin de formation.....	19
5.3 La nécessité de construire des règles d'usages partagées fondées sur l'activité	19
Conclusion	20
Principales références bibliographiques.....	21

Introduction

Les soins à domicile ont connu un important développement ces dernières décennies, et demeurent en perpétuel essor du fait notamment de l'évolution démographique et de la réduction des durées d'hospitalisation. Enjeu majeur de santé publique, les prises en charge à domicile évoluent et concernent de plus en plus des affections de longue durée. Ces évolutions impactent fortement le travail des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social qui, au-delà du nombre de patients qui est en constante augmentation, doivent prendre en charge des patients polypathologiques avec des parcours de soins de plus en plus lourds et complexes, qui nécessitent du temps et des compétences particulières. Pour accompagner ces (r)évolutions et répondre au mieux aux besoins des patients, de nombreuses initiatives ont été créées depuis les années 2000, destinées notamment à développer l'interprofessionnalité et le numérique.

Cette recherche s'inscrit dans le champ de l'ergonomie de l'activité, et vise à comprendre le rôle des technologies numériques dans le travail quotidien des professionnels de santé (PS) intervenant à domicile, ainsi que leurs impacts sur la collaboration et la coordination interprofessionnelle.

Dans une première partie, nous développerons les principaux fondements théoriques sur lesquels la recherche s'est construite, les objectifs ainsi que les ajustements opérés entre la démarche initialement prévue et la réalisation concrète sur le terrain. La deuxième partie présentera les différents terrains sur lesquels nous sommes intervenues ainsi que la méthodologie générale. Dans la troisième partie les résultats seront présentés pour chacun des terrains. La quatrième et dernière partie discutera des principaux apports de la recherche.

Première partie : Fondements théoriques et objectifs de la recherche

1. Fondements théorique

Le soin à domicile, bien que peu étudié, est un sujet majeur en raison de l'augmentation des besoins de prise en charge à domicile. Malgré cela, selon un rapport de la Cour des Comptes de 2021, l'offre de soins à domicile est jugée insuffisante. Les soins à domicile se déroulent dans des environnements privés, et nécessitent une coordination interprofessionnelle complexe.

Le soin constitue une relation de service particulière où la production est vue comme une activité coopérative ou de co-production (Gadrey, 1994). La relation soignant-patient comporte quatre caractéristiques principales : un objet de travail commun (la santé du patient), une relation de nécessité (fondée sur une pathologie), une relation asymétrique (nécessitant la collaboration de chaque acteur), et un travail de gestion des émotions (Cerf & Falzon, 2005).

Le concept de soin inclut deux dimensions : soigner (cure) et prendre soin (care), représentées respectivement par les gestes techniques et l'attention portée à la personne (Teiger, Cloutier et David, 2005 ; Hesbeen, 1999). Cette dernière dimension implique une veille attentive et une évaluation continue de l'état du patient, souvent invisible mais essentielle (Molinier, 2006).

Le soin à domicile présente des spécificités distinctes du soin hospitalier, notamment un cadre privé inadapté aux soins, une nécessité de gestion des multiples relations (patient, entourage, autres professionnels), et une charge émotionnelle accrue liée à la confrontation à des conditions de vie et de santé difficiles.

Deux caractéristiques additionnelles du soin à domicile sont une dynamique imprévisible de l'état de santé du patient et la nécessité d'une coordination asynchrone entre divers professionnels de santé (Mollo & Falzon, 2008). Cette coordination, essentielle pour une prise en charge efficace et sécurisée, se complique en raison de la dispersion géographique et temporelle des intervenants, nécessitant des ressources communicationnelles robustes (Darses & Falzon, 1996).

Dans un tel contexte, les technologies numériques peuvent devenir des ressources essentielles, mais elles doivent être introduites en respectant les conditions réelles du travail pour être véritablement efficaces (Cuny-Guerrier et Pierrette, 2023). En effet, une conception uniquement technocentrée ne permet pas de répondre aux besoins réels des utilisateurs, et peut engendrer des contraintes conduisant au rejet des outils.

Le cadre théorique adopté se fonde sur l'ergonomie de l'activité, qui se focalise sur l'analyse réelle du travail en contexte (Ombredane et Faverge, 1955 ; Leplat, 2006). Selon le modèle quadripolaire de Caroly (2010), l'activité s'intègre dans une interaction continue entre le soi (compétences, expérience), le système (objectifs, moyens), l'autrui (collectifs d'appartenance), et l'usager (patients et entourage).

Les technologies numériques restructurent les situations de travail et deviennent des formes de prescriptions additionnelles (Bobillier Chaumon, 2003). La distinction entre les logiques de fonctionnement et d'utilisation des technologies (Rabardel, 1995 ; Béguin, 2010) révèle que

l'appropriation par les professionnels modifie et adapte les technologies selon les contextes et usages réels.

L'approche ergonomique préconise l'analyse des usages réels des technologies pour guider leur conception, soulignant la nécessité de démarches participatives pour optimiser l'intégration de nouvelles technologies dans le soin à domicile. Cette compréhension approfondie des usages peut révéler à la fois les opportunités offertes par les technologies et les contraintes qu'elles imposent dans la pratique quotidienne.

2. Objectifs et réorientation de la recherche

2.1 Objectifs de la recherche

Le projet DoNuTS cherche à comprendre le rôle des technologies numériques dans le travail quotidien des professionnels de santé intervenant à domicile, ainsi que leur impact sur la collaboration et coordination interprofessionnelle.

La recherche comprend deux objectifs principaux :

1. **Réaliser un état des lieux des supports numériques** : Examiner les différents outils numériques disponibles pour les PS, leur utilité et leur utilisabilité. La recherche analysera trois dimensions des usages des technologies : l'efficacité (capacité de l'outil à atteindre les objectifs), l'efficience (effort nécessaire pour utiliser l'outil), et la satisfaction (ressenti des utilisateurs).
2. **Analyser les usages au cours de l'activité** : Étudier comment les outils numériques sont effectivement utilisés (ou pas) dans le travail au quotidien des PS afin de comprendre leur impact sur les conditions de travail, sur la collaboration interprofessionnelle et sur la prise en charge des patients.

2.2 Réorientation de la recherche

Initialement, la recherche devait être menée de façon participative, en collaboration avec les PS et les représentants de la CPTS des Portes du Lauragais, pour comprendre les usages ou non usages de l'outil SPICO (Système de Partage d'Informations et de Coordination en Occitanie). Ce projet visait à impliquer activement les professionnels dans toutes les étapes de la recherche.

Dès le démarrage de la recherche, nous avons été confrontées à des difficultés d'accès aux PS du territoire.

En réponse, le projet a été élargi pour inclure d'autres structures de soin, et pour analyser l'utilisation de divers outils numériques, pas seulement ceux proposés par e-santé Occitanie.

2.3 Une recherche pluricentrique élargie aux outils numériques

Le projet a adopté une approche pluricentrique en intervenant sur cinq terrains différents. Cette réorientation visait à croiser deux objectifs principaux :

1. Analyser différentes formes de pratiques de soins à domicile de façon à comprendre les similitudes et spécificités, ainsi que la place du numérique.
2. Mener des analyses en miroir au sein de deux structures de soins à domicile similaires mais ayant des pratiques numériques différentes : l'une ne disposant pas d'outil numérique spécifique, et l'autre dotée d'un outil numérique dédié.

Le partenariat avec le Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé (GRADEs) Occitanie a été maintenu, incluant des réunions de suivi mensuelles pour échanger sur l'avancement et partager des informations et contacts.

En somme, le projet DoNuTS, malgré les réorientations requises, continuait de viser une compréhension approfondie de l'impact des technologies numériques dans le soin à domicile, en collaboration avec divers acteurs et structures du secteur de la santé.

Deuxième partie : Terrains de recherche et méthodologie

1. Terrains de recherche

Cette recherche s'est déroulée sur cinq terrains spécifiques : une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), deux services d'Hospitalisation à Domicile (HAD), dont l'un avec deux spécialités distinctes, et une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

1.1 La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Portes du Lauragais

Les CPTS ont pour objectif d'améliorer la coordination entre professionnels de santé pour renforcer les parcours de santé et favoriser l'accès aux soins sur leurs territoires. Les missions incluent l'organisation de soins non programmés, la gestion de parcours pluriprofessionnels, la prévention et la gestion de crises sanitaires. Le financement des CPTS est assuré par un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

La CPTS des Portes du Lauragais couvre un territoire très vaste comprenant 30 communes du sud-est toulousain avec environ 130 membres professionnels de santé (PS). Les professionnels, majoritairement libéraux, travaillent seuls ou en cabinets divers. La CPTS avait un statut d'association de préfiguration en attente de l'ACI. La recherche y a été menée d'avril à septembre 2022.

1.2 Trois services d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Les HAD offrent des soins à domicile pour diverses pathologies, garantissant une continuité des soins 24h/24 et 7j/7. Les services d'HAD collaborent souvent avec des professionnels de santé libéraux pour assurer un suivi complet et adapté. 2 services d'HAD ont été analysés :

- L'HAD de Montauban, qui se divise en deux : l'HAD somatique, couvrant la moitié du Tarn-et-Garonne avec 30 lits, et l'HAD psychiatrique, couvrant l'intégralité du département avec 10 lits mais prenant souvent plus de patients. La recherche a été menée début 2023 pour l'HAD somatique et courant avril 2023 pour l'HAD psychiatrique.
- L'HAD d'Albi, couvrant le tiers de la superficie du Tarn, qui dispose de 48 lits, souvent étendus à 50-52 patients en pratique. La recherche y a été menée entre mi-juin et fin octobre 2023.

1.3 Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Les MSP regroupent des professionnels de santé libéraux autour d'un projet de santé commun pour offrir des soins coordonnés et pluriprofessionnels. Les missions incluent l'accès aux soins, le travail en équipe, et l'utilisation de systèmes d'information communs. Le financement se fait aussi par un ACI.

La recherche s'est concentrée sur la MSP La Bouyère située à Labastide Saint-Pierre, dans le Tarn-et-Garonne. Cette structure s'est formée autour de professionnels habitués à collaborer sur ce territoire. Elle regroupe 25 professionnels. Elle est présidée par un MG et prend en charge les patients de huit villages ruraux avec une file active de 1 000 patients. Des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) mensuelles sont organisées avec tous les professionnels du territoire pour coordonner les soins. Les soins à domicile sont principalement effectués par les IDEL, les MG et autres PS ne se rendant que ponctuellement au domicile.

2. Méthodologie

La méthodologie déployée s'inscrit dans le cadre de la théorie ancrée, ou "Grounded Theory" (Glaser & Strauss, 1967), et suit une approche qualitative et inductive. Il s'agit de privilégier l'émergence des données du terrain plutôt que de se baser sur des cadres théoriques préexistants. Cette méthodologie est également ancrée dans la tradition francophone de l'ergonomie de l'activité, qui considère l'activité comme le résultat d'une interaction entre l'opérateur et les exigences de la tâche. L'activité ne peut donc être analysée indépendamment du contexte dans lequel elle se réalise et de la personne qui en est l'auteur.

Une triangulation des méthodes est utilisée pour garantir la fiabilité des résultats, en croisant diverses sources de données. Pour mieux comprendre les aspects de l'activité des soignants, des méthodes ethnographiques sont appliquées, telles que des entretiens et des observations. Des données quantitatives sont également recueillies sur les supports numériques utilisés par les soignants.

27 **entretiens individuels** formels ont été réalisés **avec des PS**, visant à comprendre leurs métiers, ainsi que leur perception de l'impact des technologies numériques sur leur activité. Des entretiens supplémentaires ont été menés avec des acteurs d'e-santé Occitanie pour mieux appréhender le déploiement des outils numériques, en particulier SPICO, et les enjeux de ces technologies. Des entretiens ont également été effectués **avec des coordinatrices de différentes structures** pour évaluer les apports des outils comme SPICO Dossiers et SPICO Discussions dans la coordination interprofessionnelle.

Les observations sur les différents terrains ont consisté à analyser l'activité des professionnels et à comprendre l'intégration des technologies numériques dans leur travail quotidien.

Les enquêtes quantitatives, quant à elles, avaient pour objectif de recueillir la perception des professionnels sur ces technologies et de valider les observations effectuées.

Cette méthodologie permet d'obtenir une perspective systémique et complète de l'usage des technologies numériques par les professionnels de santé.

L'ensemble de ces méthodes est représenté dans la figure 1.

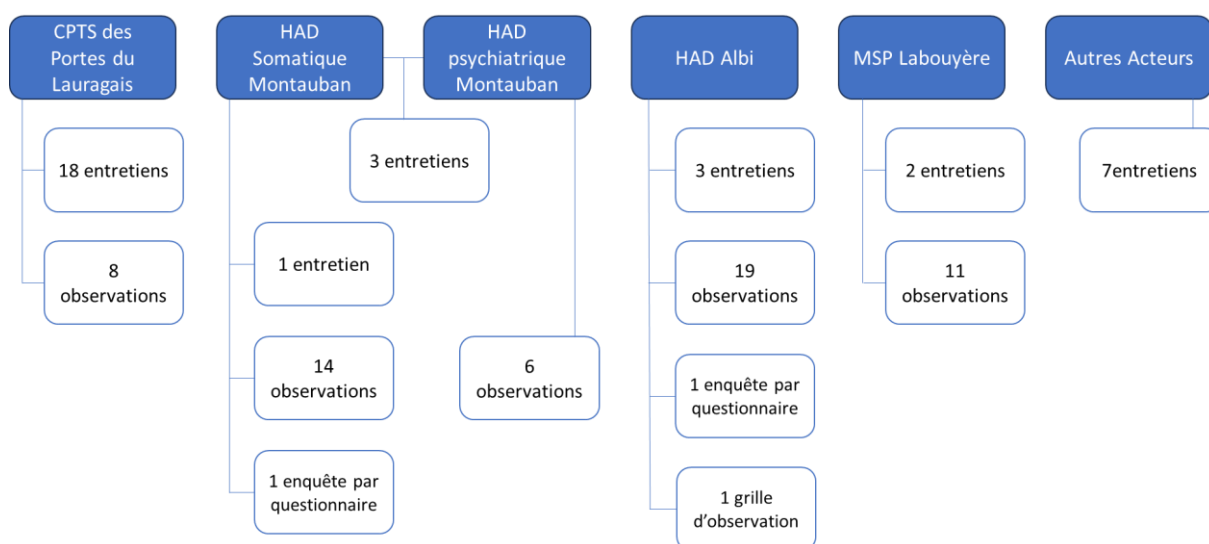


Figure 1 : Les différentes méthodes déployées par terrain

Troisième partie : Résultats par terrain

Cette partie présente, pour chaque terrain, la synthèse de nos résultats de recherche. Pour certains terrains, une modélisation mettra en exergue la diversité des PS et des outils numériques utilisés.

1. La CPTS des Portes du Lauragais

La recherche menée au sein de la CPTS des Portes du Lauragais s'est focalisée sur l'utilisation de SPICO, un outil de messagerie instantanée sécurisée proposé par e-santé Occitanie aux PS du territoire.

Les résultats mettent en évidence qu'au sein de la CPTS Les Portes du Lauragais :

- ❖ Les PS rencontrés n'ont aucune opposition de principe à l'égard du numérique, qu'ils utilisent quotidiennement à travers une grande diversité de logiciels métiers.
- ❖ Les PS ont conscience de la nécessité de sécuriser les données de santé.
- ❖ La composition des équipes intervenants au domicile varie selon les besoins des patients. Les professionnels libéraux appartiennent souvent à des structures différentes, ce qui rend la coordination et l'usage d'un outil numérique commun complexes.
- ❖ Lorsqu'une urgence survient, la relation directe par téléphone est privilégiée pour garantir une prise en charge efficiente du patient.

- ❖ SPICO n'a pas encore atteint un niveau de maturité suffisant et n'est utilisé que par très peu de PS, d'autant plus qu'il n'est pas accessible à tous les acteurs effectivement impliqués dans la prise en charge des patients, comme les secrétaires ou encore les aides à domicile¹. Dès lors, et malgré les efforts déployés par e-santé pour promouvoir l'outil, les PS n'y voient aucune utilité et ne trouvent pas d'intérêt à son usage.

2. L'HAD somatique de Montauban

L'HAD somatique de Montauban fait partie intégrante du Centre Hospitalier (CH) de Montauban. Son fonctionnement allie les caractéristiques d'un service hospitalier traditionnel et d'une pratique libérale, principalement paramédicale, du fait des déplacements fréquents des IDE et des AS au domicile des patients, influençant à la fois l'organisation individuelle et collective des PS. L'HAD ne dispose pas d'un outil dédié à la pratique en HAD, mais utilise le Dossier Patient Informatisé (DPI) du CH.

Les résultats mettent en évidence qu'au sein de l'HAD somatique de Montauban :

- ❖ L'équipe étant réunie au sein de l'HAD, la coordination se fait essentiellement oralement, au cours des staffs ou de manière informelle à chaque fois que nécessaire. La traçabilité des actes et les transmissions écrites sont ainsi vécues comme une contrainte à laquelle les PS se soumettent pour répondre à une obligation réglementaire.
- ❖ Les PS ont clairement exprimé le besoin d'un logiciel dédié et adapté à leur pratique. En effet, le fait de ne pas disposer d'un tel outil engendre la création et le traitement d'un grand nombre de supports papier, et la ressaisie d'une importante quantité d'informations par différents professionnels de l'HAD.
- ❖ Les PS utilisent SPICO exclusivement pour les photos de plaies ou pompes, de manière à garantir la sécurité des données de santé. Les contraintes techniques et organisationnelles liées à l'usage de l'outil entraînent cependant un rejet de l'outil et empêchent de développer plus avant les usages.
- ❖ Lorsqu'un cas urgent et important se présente, la sécurisation des données passe au second plan au profit d'une prise en charge rapide du patient.
- ❖ Lorsqu'ils se trouvent à l'extérieur de l'HAD, le téléphone reste l'outil privilégié par tous les PS, pour les échanges entre eux ou avec les PS hors HAD.

La figure 2 modélise les situations d'usage des différents supports par les professionnels impliqués dans la prise charge des patients.

¹ Depuis notre recherche, SPICO est accessible aux secrétaires et aux aides à domicile.

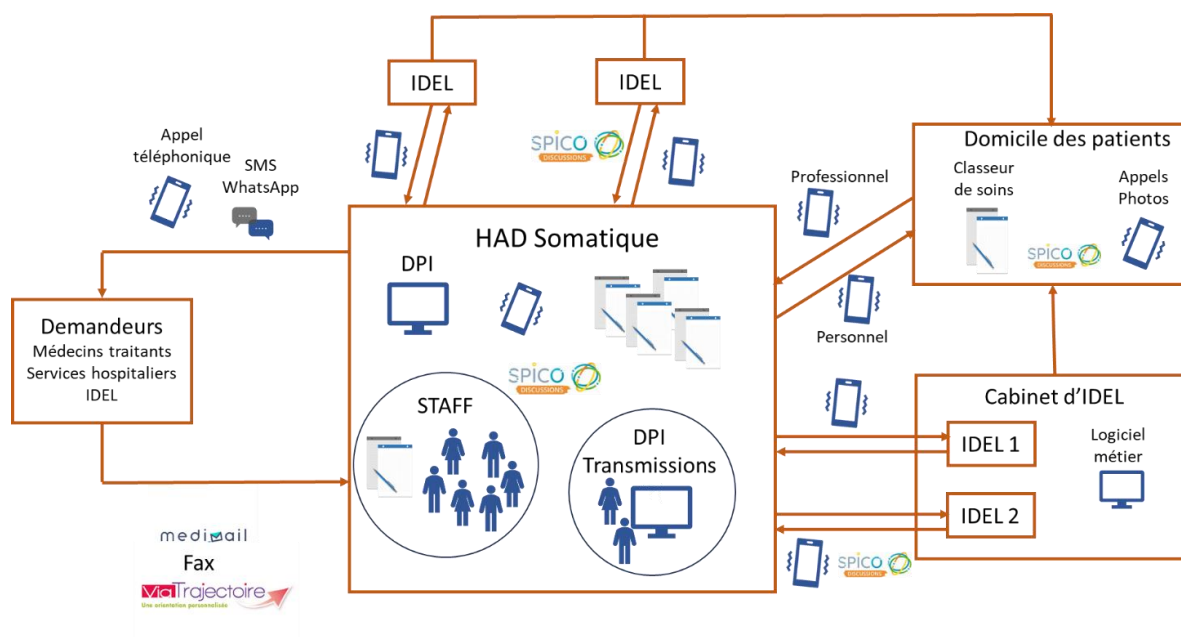


Figure 2 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD somatique de Montauban

3. L'HAD psychiatrique

La prise en charge des troubles psychiatriques présente des spécificités qui influencent l'activité des PS. Le travail des IDE consiste principalement à conduire des entretiens avec les patients, les actes somatiques étant ponctuels. Par ailleurs, les traitements peuvent être fréquemment modifiés (jusqu'à plusieurs fois par semaine) en fonction de l'évolution de l'état de santé des patients. Comme l'HAD couvre tout le département, les trajets peuvent être longs, parfois jusqu'à une heure.

Les résultats mettent en évidence qu'au sein de l'HAD psychiatrique de Montauban :

- ❖ L'équipe étant réunie au sein de l'HAD, la coordination se fait essentiellement oralement, au cours des staffs ou de manière informelle à chaque fois que nécessaire.
- ❖ Le DPI est un support essentiel à l'activité des PS. Au-delà du fait qu'il permet de répondre aux exigences réglementaires, les PS y consignent les comptes rendus détaillés des entretiens infirmiers afin de garantir le suivi de l'état de santé des patients, qui sont consultés quotidiennement.
- ❖ Lorsqu'ils se trouvent à l'extérieur de l'HAD, le téléphone reste l'outil privilégié par tous les PS, pour les échanges entre eux ou avec les PS hors HAD.
- ❖ Les PS ne connaissaient pas SPiCO. L'expérimentation de l'outil au cours de la recherche a montré son utilité, liée notamment au fait qu'il permet un accès plus rapide et fiable aux modifications régulières de prescriptions, qui sont caractéristiques des soins psychiatriques. Cependant, les contraintes matérielles et organisationnelles de l'HAD limitent le déploiement et l'usage de l'outil.

La figure 3 modélise les situations d'usage des différents supports par les professionnels impliqués dans la prise charge des patients.

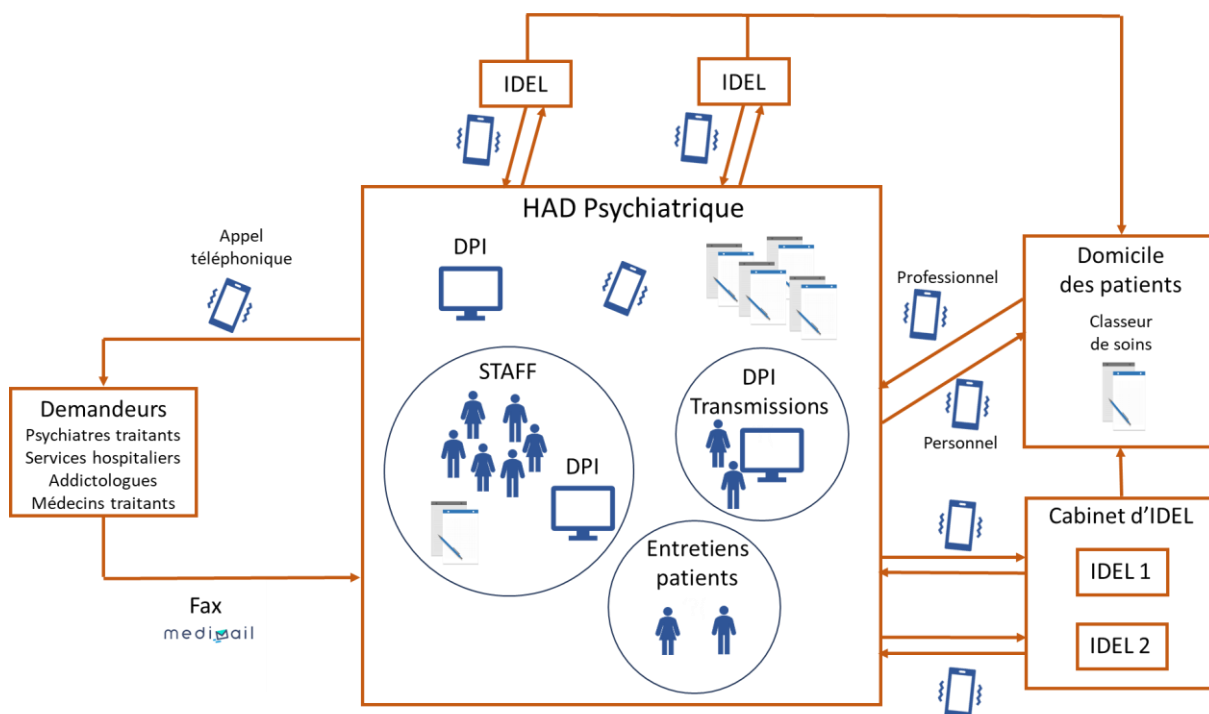


Figure 3 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD psychiatrique de Montauban

4. L'HAD d'Albi

L'HAD d'Albi dépend du Centre Hospitalier (CH) d'Albi et couvre le nord du Tarn.

Depuis 2018, le logiciel MH Care, conçu pour une utilisation en HAD, est utilisé à l'HAD, avec une tablette fournie à chaque patient depuis 2021 et une application mobile depuis 2022. Progressivement, l'utilisation du papier a été réduite au profit du numérique. L'objectif est de numériser totalement les dossiers patients et de supprimer progressivement l'usage du papier, en visant un fonctionnement entièrement numérique d'ici fin 2025.

Les résultats mettent en évidence qu'au sein de l'HAD d'Albi :

- ❖ L'équipe étant réunie au sein de l'HAD, la coordination se fait essentiellement oralement, au cours des staffs ou de manière informelle à chaque fois que nécessaire. Elle est néanmoins outillée par MH Care, logiciel dédié à la pratique en HAD.
- ❖ MH Care est un outil structurant de l'activité des professionnels de l'HAD. Il centralise l'ensemble des informations relatives aux patients, facilitant ainsi l'accès et la transmission des informations entre professionnels, que ce soit au sein ou en dehors de l'HAD. L'interopérabilité partielle avec le DPI du CH et complète avec la PUI en fait une ressource majeure pour l'activité.
- ❖ Les principales contraintes liées à l'usage de MH Care sont liées à une conception de l'outil par métier et éloignée du travail réel.
- ❖ La coordination avec les PS libéraux demeure essentiellement médiée par le téléphone, ces derniers étant peu acculturés à l'outil et ayant leurs propres logiciels métier.

La figure 4 modélise les situations d'usage des différents supports par les professionnels impliqués dans la prise charge des patients.

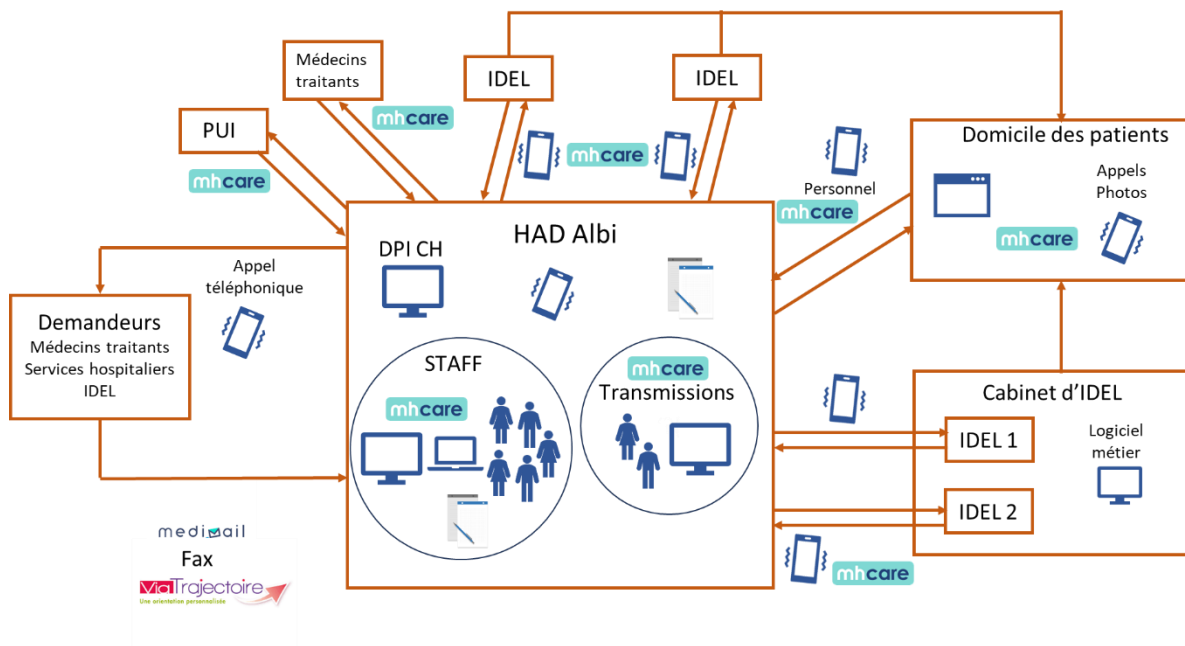


Figure 4 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD d'Albi

5. La MSP La Bouyère

Les PS de la MSP disposent d'un logiciel de gestion médicale commun à tous les PS et utilisent la messagerie instantanée Telegram pour les échanges entre eux. Par ailleurs, certains professionnels sont également amenés à travailler avec des logiciels externes à la MSP, comme ceux des EHPAD.

Les résultats mettent en évidence qu'au sein de la MSP :

- ❖ Les PS partagent un certain nombre d'outils numériques. S'il n'y a pas d'opposition de principe au numérique en général, ils ne sont pas enclins à modifier des pratiques ancrées qui fonctionnent bien, ni à démultiplier les outils au risque de générer des confusions.
- ❖ Même s'ils ont conscience que la sécurisation des données n'est pas toujours garantie, les professionnels privilégient l'utilité et la transparence des supports à leur activité.
- ❖ Le partage des locaux ainsi que l'organisation de RCP mensuelles facilitent la coordination pluridisciplinaire sur le territoire. Celle-ci se fait essentiellement oralement, de manière formelle ou informelle, au gré des besoins.

La figure 5 modélise les situations d'usage des différents outils numériques par les professionnels impliqués dans la prise charge des patients.

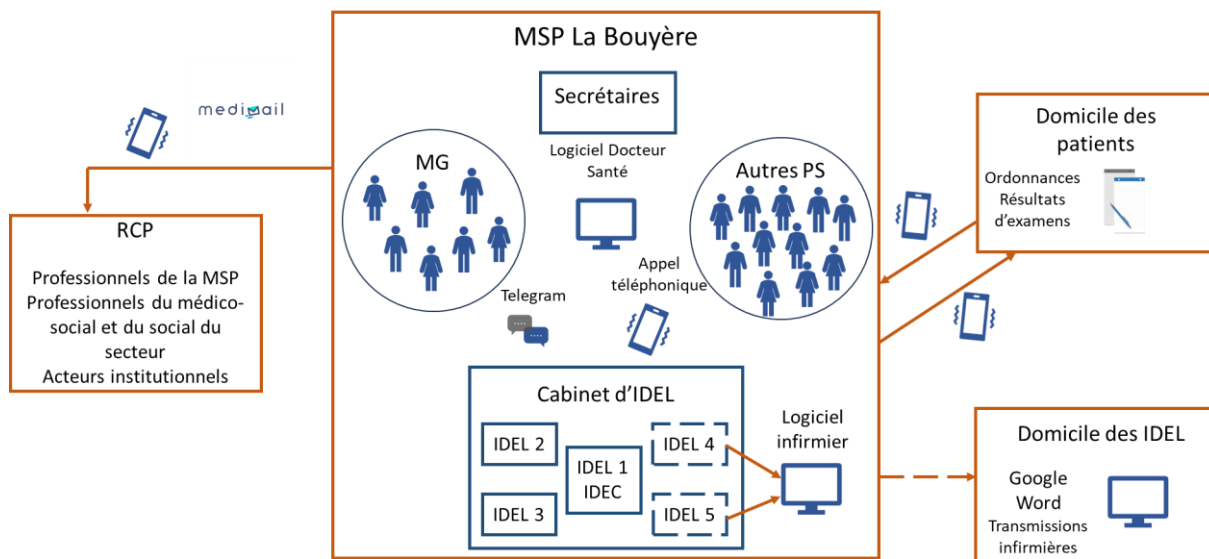


Figure 5 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à la MSP La Bouyère

6. Les entretiens avec les coordinatrices

Pour approfondir la compréhension des apports de SPICO dans la coordination interprofessionnelle et les parcours de soins, des entretiens ont été réalisés avec trois coordinatrices de différentes structures : la coordinatrice de la CPTS du Nord-Aveyron, la coordinatrice de quatre MSP en Haute-Garonne et dans le Tarn, et une des coordinatrices de la PCO de Haute-Garonne. Ces entretiens ont duré entre 1h30 et 3h et ont permis d'analyser les usages de SPICO Discussions et SPICO Dossiers, ainsi que leurs impacts sur la coordination interprofessionnelle.

Les résultats montrent que :

- ❖ Les outils numériques peuvent être une ressource précieuse à l'activité individuelle et collective. En centralisant les informations relatives à la prise en charge des patients, ils facilitent l'accessibilité ainsi que la transmission des informations et contribuent ainsi à une meilleure coordination interprofessionnelle sur le territoire. SPICO en est un exemple, qui garantit la sécurisation des données de santé.
- ❖ L'usage de tels outils dans le cadre du soin à domicile est d'autant plus compliqué que les professionnels sont distribués au sein d'un territoire et n'ont pas nécessairement des habitudes de collaboration.
- ❖ Pour que les PS s'emparent de SPICO dans leur pratique quotidienne, les coordinatrices fournissent un important travail de sensibilisation, d'éducation et de soutien aux usages.
- ❖ Les coordinatrices bénéficient d'un soutien constant des animatrices territoriales d'e-santé Occitanie pour l'installation, la formation et la résolution de problèmes techniques liés à SPICO. Leur proche coopération joue un rôle essentiel dans l'adaptation continue de l'outil.

Discussion

Les résultats de cette recherche apportent un éclairage sur l'usage et le non-usage des outils numériques par les PS intervenant à domicile, en adoptant une perspective ergonomique centrée sur les conditions réelles de travail. Cinq grands points de discussion s'en dégagent : la diversité des organisations dans le soin à domicile et son impact sur les usages des outils numériques ; l'invisibilisation de la dimension relationnelle du soin par les outils numériques ; la double-visée de transmission et de contrôle de la traçabilité numérique dans le soin ; les écarts entre les promesses technologiques et la coordination interprofessionnelle effective ; la nécessité de développer une ingénierie d'accompagnement au déploiement et à l'usage des outils numériques fondée sur l'activité.

1. Une diversité d'organisations et d'outils qui impacte les usages

Les technologies numériques font partie intégrante du travail des soignants. Tous les professionnels rencontrés au cours de notre recherche sont rompus à l'usage d'outils numériques divers et n'expriment aucune opposition de principe à l'égard de ceux-ci. Certains sont choisis par les PS, d'autres non (car relevant d'autres structures comme les EHPAD où les MG font des visites). Toutefois, **la diversité des pratiques observées est telle que les usages et les besoins relatifs aux outils numériques sont tout aussi variés et ne permettent pas d'envisager des outils communs à tous les PS**. Les sources de diversité sont nombreuses et peuvent être individuelles (métier, âge, rapport aux outils...), collectives (cultures professionnelles, modes de coordination...) ou organisationnelles (cadre de travail : hospitalier, libéral...).

1.1 Des cadres de travail divers

Nos résultats mettent en évidence un écart notable entre les pratiques professionnelles selon les organisations dans lesquelles elles s'insèrent. En effet, l'activité des PS au sein des 3 services d'HAD étudiés est fondée sur un modèle d'exercice hospitalier où des temps de transmissions orales intra- et inter-équipes sont prévus et où les échanges verbaux entre soignants, du fait notamment du partage des mêmes locaux, sont facilités. L'existence d'un lieu commun pour l'équipe de soins facilite également les régulations collectives, en présentiel ou par téléphone, de même que la coordination qui, au-delà de la formalisation par les IDEC, se fait au cours de l'activité et à chaque fois que nécessaire. Dès lors, les échanges d'informations se font principalement « à chaud », lors des transmissions orales, et de manière informelle, tout au long de la journée.

L'activité des PS libéraux de la CPTS repose, quant à elle, sur un modèle d'exercice plutôt individuel où la prise en charge des patients est articulée autour du médecin généraliste. La notion même d'équipe de soins est compliquée à définir dans la mesure où les équipes se reconfigurent au gré des situations et des besoins des patients. Les transmissions se font uniquement entre IDEL du même cabinet, souvent de manière informelle et non sécurisée. Les PS rencontrés sur le territoire de la CPTS procèdent par ailleurs à des régulations avec des temporalités variées, en fonction des besoins et de l'urgence des situations. La coordination se fait de manière informelle, ponctuellement, le plus souvent oralement lorsque les professionnels se connaissent, ou, lorsque ce n'est pas le cas, en laissant une note sur le classeur de soins au domicile du patient, sans avoir la certitude que le PS auquel s'adresse la note en prendra connaissance.

Quant aux PS de la MSP, leur activité correspond à un modèle d'exercice hybride. Celui-ci est guidé d'une part, par leur appartenance au secteur libéral, et d'autre part, par leur engagement au sein d'une structure cherchant à favoriser une prise en charge globale des patients et une meilleure coordination entre tous les acteurs du secteur intervenant dans cette prise en charge, qu'ils soient PS ou non. Le partage des locaux facilite les échanges informels et permet une meilleure intercompréhension pour ajuster les actions individuelles et collectives. L'organisation des RCP mensuelles, attribution de la MSP, facilite la coordination pluridisciplinaire sur le territoire. Celle-ci se fait alors oralement, les différents professionnels ayant la possibilité de débattre des diverses situations rencontrées avec les patients, de confronter leurs points de vue, et d'arbitrer si besoin sur les diverses actions individuelles et collectives à mener.

Cette diversité des cadres de travail impacte les choix et usages des outils numériques, ainsi que les modes et supports de coordination interprofessionnelle.

1.2 Des outils et besoins divers

Si les 2 HAD de Montauban utilisent le DPI du CH et sont en attente d'un outil dédié pouvant faciliter l'activité des professionnels, l'HAD d'Albi a fait le choix d'un outil conçu pour la pratique en HAD, MH Care, qui satisfait globalement les PS. SPICO est utilisé à l'HAD somatique, uniquement pour sécuriser l'envoi des photos de plaies et pompes, et semblait pouvoir répondre à un besoin des PS de l'HAD psychiatrique mais la tentative de son déploiement y a échoué pour diverses raisons.

Les PS des HAD travaillent avec des PS libéraux, en particulier des IDEL, mais leur coordination passe essentiellement par des échanges verbaux, informels, le plus souvent par téléphone. Si l'usage des supports numériques existants, qu'il s'agisse de SPICO ou de MH Care, est intégré à l'activité des PS dans les HAD, il n'est pas étendu aux autres professionnels avec lesquels ils travaillent, et ce en dépit des initiatives menées en ce sens. En réalité, l'usage de ces outils est perçu comme une charge de travail supplémentaire pour les IDEL qui font déjà face aux contraintes, notamment administratives, de leur propre pratique.

Les outils numériques utilisés par les PS de la CPTS sont divers, choisis par chacun d'entre eux, et répondent aux besoins de leur pratique individuelle. Il s'agit dans la plupart des cas de logiciels métiers conçus pour répondre aux besoins spécifiques d'un métier de la santé en particulier. Beaucoup d'entre eux utilisent la messagerie instantanée WhatsApp ou les SMS. SPICO apparaît comme un outil supplémentaire proposé par les autorités qui ne présente pas d'utilité ni de plus-value par rapport aux outils et pratiques déjà en place.

Les PS de la MSP, quant à eux, ont choisi un logiciel commun permettant le partage sécurisé des données de santé des patients entre eux. Toutefois, 2 IDEL du cabinet infirmier intégré à la MSP ont choisi de ne pas utiliser ce logiciel, et les autres professionnels du territoire impliqués dans la prise en charge des patients n'utilisent pas non plus ce logiciel. Tous les professionnels utilisent par ailleurs la messagerie instantanée Telegram.

1.3 Des rapports individuels aux outils divers

Outre la diversité des cadres de travail et des outils numériques, il existe également une diversité dans les choix individuels d'utiliser ou au contraire de ne pas utiliser des outils numériques, qu'il s'agisse de professionnels qui travaillent au sein d'une même structure, comme à l'HAD d'Albi où certains PS ne

souhaitent pas utiliser MH Care, ou de structures différentes comme les IDEL. Parmi les différentes raisons qui peuvent expliquer cette diversité, la question de la frontière entre vie privée et vie professionnelle et du droit à la déconnexion apparaît centrale face à la multiplicité des outils numériques existants. Si les possibilités d'usage des outils numériques sont considérées comme une ressource par certains PS, parce qu'elles offrent par exemple la liberté d'organiser son temps de travail, d'autres la vivent comme une contrainte et souhaitent limiter les intrusions du travail dans leur vie privée.

Le rapport individuel des professionnels aux outils numériques en général, et à certains outils en particulier (notamment lorsque ces derniers sont extérieurs aux organisations dans lesquelles les professionnels travaillent), impacte directement l'activité individuelle et collective.

Les outils numériques font donc partie intégrante du travail des PS, mais ils restent cloisonnés aux structures organisationnelles auxquelles les PS appartiennent, chacune disposant d'outils spécifiques. Or, le soin à domicile repose sur l'intervention coordonnée d'un ensemble de professionnels provenant de différentes structures (de santé et d'aide à la personne) et qui ne sont pas toujours habitués à travailler ensemble.

2. Des outils qui occultent la dimension relationnelle des soins

La relation aux patients a une place centrale dans l'activité des PS. Elle contribue à la qualité du travail de soin, au même titre que l'acte technique (Teiger *et al.*, 2005), et constitue une dimension essentielle de la professionnalisation des soignants (Demailly, 2008). Le soin à domicile comporte en outre des spécificités qui le distinguent des prises en charge dans un cabinet libéral ou à l'hôpital (Teiger *et al.*, op. cit. ; Heyden & Mollo, 2013). En effet, les soignants exercent leur activité dans des lieux qui présentent trois particularités : ils ne sont pas conçus pour réaliser des soins professionnels ; ils sont des lieux d'intimité identitaire et physique ; ils sont des espaces de sociabilité (Feyfant, 2017). Les soignants sont ainsi amenés, au cours de leur travail, à prendre en considération des éléments qui relèvent du domaine privé des patients, de leur environnement social et familial ainsi que des émotions des patients et de leurs aidants, ce qui impacte leurs propres émotions (Djaoui, 2011) mais aussi plus largement, leur activité. Ce travail de care (Molinier, 2006), qui nécessite entre autres du temps, a une place centrale dans l'activité des PS, mais n'est pas pris en compte par les outils numériques qui obéissent à une logique gestionnaire (Cuny-Guerrier & Pierrette, 2023). **Les technologies numériques participent ainsi à l'invisibilisation des actions non tracées** (Nirello, 2016). Elles peuvent également, dans certaines situations, interférer dans ce travail relationnel, assujettissant les professionnels à consacrer du temps aux actions médiées par les outils numériques, parfois au détriment du temps consacré au patient, comme nous l'avons observé avec une médecin de la MSP lors de ses visites à l'EHPAD. **Le travail relationnel s'en trouve donc directement affecté** (Acker, 2005).

L'outil numérique ne peut donc pas se substituer d'une part à la socialisation du métier, d'autre part à la relation entre soignants et patients, ce qui n'est pas neutre dans le rapport que les PS ont avec les outils numériques. Certains PS considèrent d'ailleurs que les outils numériques peuvent représenter un obstacle à la relation et se refusent à les utiliser en présence du patient (Bonneville & Sicotte, 2008; Cuny-Guerrier & Pierrette, 2023).

3. La traçabilité numérique : une double visée de transmission et de contrôle

La traçabilité des actes est un élément central de la pratique hospitalière où la coopération entre plusieurs équipes au sein d'un même service entraîne la transmission écrite des informations. La méthodologie des transmissions écrites est d'ailleurs enseignée au cours de la formation des infirmiers pour leur permettre de cibler les informations pertinentes à transmettre.

La traçabilité numérique peut être considérée comme une ressource et faciliter le travail des PS, comme pour le médecin coordinateur de l'HAD d'Albi qui reconnaît l'intérêt de MH Care pour fluidifier son travail de rédaction de courrier, ou encore pour les IDE de l'HAD psychiatrique de Montauban qui prennent connaissance, sur le DPI, des comptes-rendus d'entretiens de leurs collègues pour ajuster leur propre activité avec le patient. Cet accès facilité aux informations permet dans certaines situations de garantir un meilleur suivi des dossiers et de la prise en charge des patients (Nirello, 2016) et sécurise les professionnels. Toutefois, cette sécurisation requiert une égale appropriation et des usages partagés de l'outil par tous les professionnels d'une équipe, ce qui n'est pas souvent le cas, comme nous avons pu le montrer. C'est ainsi que la consultation des transmissions écrites n'est que ponctuelle, la tradition des transmissions et régulations orales prenant rapidement le pas sur les informations consignées dans l'outil numérique.

La traçabilité numérique peut également être vécue comme une contrainte par certains PS pour qui l'obligation de valider les soins procède d'une injonction à apporter la preuve qu'ils ont bien fait le travail qui leur était assigné, et par là, perçoivent l'outil numérique comme un outil de contrôle de leur activité (Nirello, 2016), comme nous l'a exprimé une des AS de l'HAD somatique de Montauban. S'inspirant de la logique du Nouveau Management Public (Belorgey, 2010), ce contrôle procède d'au moins deux préoccupations principales. Premièrement, la conformité à la réglementation qui exige d'une part, la traçabilité des actes permettant, entre autres, de définir les limites de responsabilité des PS si besoin, et d'autre part, l'émission de divers courriers administratifs dont le rôle prescrit est une meilleure coordination du parcours de soin du patient. Deuxièmement, une préoccupation purement gestionnaire, cherchant à exercer un contrôle sur l'activité des soignants afin d'évaluer leurs activités, un soin non tracé étant alors considéré comme non fait : « on veut ainsi restructurer, réarticuler, la pratique médicale autour de normes déterminées par ceux qui conçoivent et planifient ce qui doit être fait, comment cela doit l'être, à quel rythme et dans quel but » (Carré & Lacroix, 2001, cité par Grosjean & Bonneville, 2007). Ce contrôle conditionne par ailleurs les financements auxquels peut prétendre l'établissement, comme nous l'avons démontré au sein de l'HAD d'Albi. Cette forme de contrôle, « partielle et partiale » pour reprendre les termes de Bobillier Chaumon (2023), occulte toute une partie du travail des PS et ne reconnaît que les actes purement liés au travail prescrit de soin, et tracés, c'est-à-dire « la partie productive du travail, la partie visible, mesurable, palpable, quantifiable dans ses déclinaisons statistiques (nombre d'actes, de visites, de consultations, etc.) » (Lanquetin, 2018). Or, au-delà de l'acte technique, c'est le travail de « prendre soin » qui donne sens au travail des soignants et leur permet de se développer.

4. La coordination interprofessionnelle des soins à domicile : des promesses technologiques à l'activité réelle

La coordination interprofessionnelle, mise en avant et encouragée par les politiques publiques, est une dimension centrale de l'activité de soin à domicile qui repose sur l'intervention de différents professionnels de métiers et d'organisations variés. « Sa mise en place signe donc l'interdépendance des acteurs impliqués dans un contexte défini, solidarisés par un but commun » (Le Sommer-Père, 2002). Certains outils de santé numérique, comme SPICO, ont été développés dans cet objectif de soutenir la coordination interprofessionnelle tout en sécurisant les données de santé. Or, les résultats présentés dans ce rapport montrent les écarts entre les promesses technologiques portées par l'outil et la réalité des situations de travail. D'une part, si l'outil peut soutenir des pratiques de coordination préexistantes, il ne peut se substituer au travail collectif de construction de la coordination ni à l'échange direct requis dans certaines situations nécessitant une réaction rapide. D'autre part, la sécurisation promise par l'outil se heurte à des contraintes organisationnelles et techniques qui freinent son utilisation.

4.1 La coordination interprofessionnelle : un processus dialogique

Le soin à domicile est une activité collective puisqu'il implique deux conditions (Savoyant, 1984)². D'une part, il faut que les professionnels partagent le même but, en l'occurrence ici la santé du patient. D'autre part, il faut que chaque professionnel se représente le produit final comme la somme, la composition ou la combinaison des produits partiels obtenus par sa propre action et les actions des autres professionnels. Cet aspect met l'accent sur la conscience du but partagé (Barthe & Quéinnec, 1999 ; Schmidt, 1991). Ainsi, il y a activité collective « chaque fois que l'exécution d'une tâche entraîne l'intervention coordonnée de plusieurs opérateurs. « Entraîne » : il s'agit d'une activité effective ; « coordonnée » : les opérateurs sont en interaction, c'est-à-dire que leurs activités dépendent les unes des autres. Une activité collective n'est pas une collection d'activités individuelles sur des tâches indépendantes, mais une activité où des opérateurs réalisent conjointement la même tâche, dans un même lieu, ou éventuellement dans des lieux différents » (Leplat, 1993, p.10).

La coordination repose sur deux processus interdépendants de synchronisation cognitive et opératoire (Darses & Falzon, 2006). La synchronisation cognitive vise à construire une compréhension commune et globale « par ceux qui ont à réaliser le même objectif et qui est élaborée pour servir la réalisation de cet objectif » (de Terssac & Chabaud, 1990, p.123). Celle-ci est d'autant plus importante dans le soin à domicile où les PS interviennent de manière isolée et peuvent appartenir à des structures différentes. La synchronisation opératoire permet de répartir et d'ordonner les actions entre les différents professionnels. Ces deux processus impliquent la mise à disposition des informations nécessaires et suffisantes pour tout le cercle de soins intervenant dans la prise en charge du patient : le collectif de soins ne se limite pas aux acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient à un moment donné, mais à l'ensemble des professionnels impliqués dans cette prise en charge, de manière synchrone ou asynchrone.

Ainsi, le travail de coordination suppose que les professionnels aient une connaissance minimale les uns des autres, et qu'ils aient la possibilité de mener une activité dialogique.

Si les outils numériques peuvent participer au partage et à la transmission des informations et ainsi soutenir la coordination, ils ne peuvent permettre de faire l'économie du caractère dialogique de

² Ce texte se trouve également dans Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse : Octarès. Tome 1, 207-217.

l'activité collective. Dit autrement, **ce ne sont pas les outils numériques qui font la coordination ; ils ne peuvent que la soutenir lorsqu'elle existe déjà ou qu'une forme de travail collectif est initié.**

Cela explique par exemple l'échec du déploiement de SPICO sur le territoire de la CPTS. Ce déploiement suivait une logique de fonctionnement de l'outil qui tentait de porter la coordination alors qu'il n'y avait pas de coordination dans le travail réel à l'échelle du territoire du fait d'une méconnaissance mutuelle des acteurs.

Il appartient alors aux coordinatrices de porter le projet de coordination et d'usage d'outils communs pour atteindre les objectifs définis collectivement. La coordination est d'autant plus complexe que les opérateurs sont localisés dans des espaces, des lieux différents au sein du même système socio-technique. La séparation géographique des acteurs va alors rendre la communication et la coordination, de leurs actions et des décisions, plus difficiles. Or, au sein des HAD, les IDEC ont davantage un rôle d'organisation de la prise en charge des patients : répartition des tâches, plannings des tournées, négociation avec les PS libéraux, etc. Tout le travail d'information et de sensibilisation des PS libéraux à l'usage de SPICO ou MH Care est invisibilisé et noyé dans les différentes prérogatives des IDEC. Or, ce travail invisible n'est pas neutre et a un coût aussi bien temporel qu'en termes d'intensité de travail alors qu'il n'est pas toujours connu ou reconnu.

Dans la pratique libérale, certaines coordinatrices de structures endossent, entre autres, ce rôle d'incitation à l'usage d'outils numériques pour faciliter la coordination des parcours de soins, mais également pour garantir la sécurisation des données de santé et amener les PS à agir en conformité avec la réglementation. Cette incitation à l'usage d'un outil numérique prend d'ailleurs, au moins pour la PCO, la forme d'une coercition, obligeant alors les PS qui souhaitent travailler avec elle à utiliser SPICO Dossiers. Or, cette coercition entraîne par ailleurs l'appropriation de SPICO par les PS à d'autres fins que celles de répondre à l'obligation qui leur est faite, générant alors d'autres usages, notamment de SPICO Discussions, qui leur permettent de développer la coordination entre PS intervenant dans la prise en charge d'un même patient. Ainsi, la présence de l'outil dans leur activité peut leur offrir des marges de manœuvre et entraîner un développement de leur pouvoir d'agir pour opérer des médiations interpersonnelles à travers l'outil numérique (Rabardel, 1995). Néanmoins, un grand nombre de PS libéraux ne sont membres d'aucune structure formalisant l'activité des PS (MSP ou CPTS) et se trouvent de facto exclus de toute forme d'organisation de la coordination et de l'usage d'outils numériques communs pouvant supporter la coordination. Cela n'exclut pas les échanges entre PS au gré de leurs besoins et de ceux des patients, principalement de manière informelle, mais rend plus complexe l'introduction d'un outil numérique qui aurait l'ambition de supporter la coordination.

4.2 Une exigence de sécurisation des données qui entre en conflit avec les autres exigences de l'activité

Les PS ont une conscience collective de la nécessité de sécuriser les données de santé de leurs patients et tous les systèmes d'information de santé utilisés par eux la prennent également en compte. Or, notre recherche a montré que l'activité des soignants intervenant au domicile présente des particularités qui entraînent de nombreux freins à la sécurisation des données de santé. En effet, dans le travail réel des PS, la sécurisation des données est secondaire par rapport à la fluidité, la rapidité et la facilité des échanges, notamment dans des situations d'urgence ou en cas de nécessité d'une réponse rapide, ou encore dans les situations où les équipes se reconfigurent en permanence. Dans ce cas, quels que soient la forme et le lieu d'exercice, l'usage du téléphone est privilégié afin de garantir une coordination

efficace, là où les autres outils numériques ne permettent pas d'assurer la synchronicité des échanges pour répondre aux situations urgentes. Le téléphone, souvent personnel, est également utilisé pour l'envoi de SMS, ou pour l'usage de messageries instantanées comme WhatsApp ou Telegram. Ces applications répondent aux exigences de l'activité des PS qui, bien que conscients du défaut de sécurisation, ne disposent pas d'outils permettant de remplir les deux exigences à la fois.

Dès lors, **la sécurisation des données peut entrer en conflit avec les exigences du soin à domicile qui demeurent prioritaires pour les PS. C'est notamment le cas lors des usages en mobilité du fait du manque d'outils sécurisés ou des dysfonctionnements des outils sécurisés mis à leur disposition, comme SPICO.**

Toutefois, un certain nombre de professionnels non soignants, comme la cadre de l'HAD de Montauban ou les coordinatrices des 4 MSP ou de la CPTS du Nord Aveyron, s'emploient à être en conformité avec la réglementation en incitant les PS à l'usage d'outils sécurisés comme SPICO, malgré les dysfonctionnements qu'elles reconnaissent à l'outil.

5. Une nécessaire ingénierie d'accompagnement au déploiement et à l'usage

L'introduction d'un outil numérique dans une organisation n'est pas neutre. Elle entraîne « des transformations dans les pratiques professionnelles des salariés, que cela soit dans les façons de penser, de faire, d'organiser ou encore de collaborer dans le travail » (Bobillier Chaumon *et al.*, 2018). Mais elle n'entraîne pas nécessairement son utilisation effective, notamment lorsqu'elle obéit à une logique de prescription qui diverge de l'activité des utilisateurs. **Afin que les professionnels s'emparent de l'outil, il est nécessaire de développer une véritable ingénierie de l'accompagnement adaptée aux besoins de l'activité de l'ensemble des utilisateurs.** Pour cela, l'introduction d'outils numériques doit donc être organisée et soutenue au plus haut niveau de l'organisation avant d'être accompagnée dans son déploiement et ses usages effectifs.

5.1 Un important travail des acteurs ressources

Les résultats de notre recherche montrent que le déploiement d'un outil numérique est d'autant plus complexe que les acteurs ne sont pas rassemblés au sein d'une structure commune ayant ses propres normes de fonctionnement collectif. Par ailleurs, lorsque les outils existants répondent aux besoins des professionnels et leur donnent satisfaction, l'introduction d'un nouvel outil remplissant des fonctions similaires n'est pas aisée. C'est le cas de la MSP La Bouyère au sein de laquelle l'usage de Telegram est ancré dans les pratiques, ce qui rend très complexe l'introduction de SPICO en dépit de la réponse qu'apporte celui-ci quant à l'obligation de sécurisation des données de santé. De surcroît, les structures héritent des pratiques de travail antérieures de leurs membres, ce qui d'une part, multiplie la diversité et d'autre part, peut augmenter la difficulté de déploiement d'un nouvel outil auprès de tous les membres. Dans cette MSP, 2 des infirmières ont ainsi choisi de ne pas s'emparer du même logiciel que tous les autres membres de la structure.

Il apparaît indispensable que le projet de déploiement de l'outil soit porté au sein et entre différentes structures, et que des personnes « référentes » soient désignées afin d'accompagner les professionnels dans la découverte et l'usage de l'outil au cours de leur activité. C'est le cas des cadres des 2 HAD, mais également des coordinatrices de structures, qu'il s'agisse de celles des HAD ou des 4 MSP et de la CPTS du Nord-Aveyron, ou encore des PS référentes à l'HAD d'Albi. Ces personnes ressources font un

important travail de sensibilisation, d'acculturation et de formation des autres PS. Or, ce travail est parfois invisibilisé ou non reconnu comme tel car noyé dans les nombreuses autres tâches qui leur incombent, à l'exception des coordinatrices qui ont été spécifiquement recrutées pour soutenir les projets de développement des structures pour lesquelles elles travaillent, dont l'amélioration de la coordination à travers des outils numériques conformes à la réglementation.

A contrario, l'absence d'une conduite de projet de déploiement a fait défaut lors de l'introduction de SPICO sur le territoire de la CPTS des Portes du Lauragais où l'animatrice territoriale d'e-santé Occitanie a été confrontée à des individualités pour lesquelles un outil supplémentaire, de surcroît vécu comme imposé par les autorités de tutelle, était considéré inutile.

Malgré le travail invisible d'accompagnement effectué par les personnes référentes, en particulier au sein des HAD, le nombre d'utilisateurs effectifs est largement inférieur au nombre d'utilisateurs potentiels et au sein des structures, il existe des écarts d'appropriation entre les personnes. Ces écarts peuvent provenir de la manière dont les outils technologiques sont introduits et utilisés par les différents acteurs au sein des structures, mais également de la perception qu'en ont les salariés (Cuny-Guerrier & Pierrette, 2023).

5.2 Un besoin de formation

La question de la formation apparaît également centrale alors que celle-ci, lorsqu'elle est envisagée, est le plus souvent sous-estimée et considérée comme acquise du fait de l'omniprésence des nouvelles technologies dans les sphères privée comme professionnelle. Or, l'introduction d'outils numériques entraîne de facto des modifications dans les manières dont les individus et les collectifs agissent au travail. Si cela peut augmenter le pouvoir d'agir de certaines personnes, d'autres peuvent voir leurs marges de manœuvre réduites. Le manque de formation peut alors induire des non-usages ou des usages inappropriés de l'outil. La nécessité d'une formation formelle et suffisante s'impose donc afin d'éviter l'isolement des individus par rapport au collectif et afin que l'outil puisse être accepté et s'insérer dans l'activité individuelle et collective.

5.3 La nécessité de construire des règles d'usages partagées fondées sur l'activité

Enfin, si la formation peut participer à une meilleure compréhension de l'outil et de son utilité dans le cadre de l'activité, l'introduction de technologies numériques requiert de travailler à l'élaboration de règles d'usage partagées fondées sur l'activité. Ceci est d'autant plus indispensable dans le domaine considéré où certaines technologies ont pour ambition de soutenir la coordination entre professionnels provenant d'organisations et de métiers différents. Mais pas seulement. Comme nous l'avons vu au sein de l'HAD d'Albi, les usages de MH Care sont sectorisés par métier et sont très variables entre les professionnels, y compris à l'intérieur d'un métier donné.

L'élaboration de règles d'usage partagées fondées sur l'activité est un moyen de sortir d'une approche purement technocentrée où l'outil numérique est considéré uniquement comme un moyen de réalisation du travail, extrinsèque à l'activité. Il s'agit au contraire, dans une approche anthropocentrée, de considérer l'outil comme un « objet de médiation et de réflexion sur l'activité » permettant « d'une part, de donner aux utilisateurs la possibilité de discuter collectivement de l'activité et des règles d'utilisation des outils techniques. D'autre part, de contribuer à la conception d'instruments techniques plus appropriés et acceptables » (Bobillier Chaumon, 2023). Dès lors, un processus de conception continuée dans les situations de travail (Béguin & Cerf, 2004) pourra être

développé, dans lequel les mondes des concepteurs et des utilisateurs pourront s'enrichir mutuellement (Béguin, 2007b), pour concevoir un outil utile et utilisable (Barcenilla & Bastien, 2009), dont les fonctionnalités répondent aux besoins, jamais stabilisés, de l'activité. En effet, les systèmes techniques ne sont pas que techniques. Ils doivent aussi être considérés, et donc conçus, en prenant en compte le point de vue des utilisateurs et de leur activité, réalisée elle-même au sein d'un système socio-organisationnel. « *Cette option place l'activité de l'homme au cœur de l'analyse et, de ce fait, permet d'opérer le renversement nécessaire pour pouvoir parler des choses en fonction des hommes* » (Rabardel, 1995, p. 12).

Dit autrement, l'introduction de technologies numériques est une opportunité de placer le travail réel au cœur des discussions pour développer le pouvoir d'agir des individus et des collectifs, et plus largement pour développer le potentiel capacitant des organisations, « afin qu'elles contribuent simultanément et de manière pérenne à l'amélioration du bien-être des salariés, au développement des compétences et à l'amélioration de la performance » (Falzon & Mollo, 2009).

Conclusion

Le numérique a une place de plus en plus centrale dans le travail. L'intégration des outils numériques dans les soins à domicile demande une adaptation à la diversité des cadres de travail et aux besoins spécifiques des PS. Pour réussir cette intégration, il est crucial de placer au centre de la démarche l'activité réelle des professionnels, leurs relations avec les patients, et les exigences pratiques de leur métier. Une ingénierie d'accompagnement, une formation adéquate, et l'élaboration de règles d'usage partagées sont essentielles pour que ces outils soutiennent véritablement l'activité des PS sans compromettre la dimension humaine de leur travail. Sortir d'une vision technocentrée où la technologie est considérée uniquement comme un moyen de réalisation du travail, extrinsèque à l'activité, devient plus qu'une nécessité. C'est un enjeu majeur pour développer des systèmes de travail soutenables.

Principales références bibliographiques

- Barcenilla, J. & Bastien, C. (2009). L'acceptabilité des nouvelles technologies : quelles relations avec l'ergonomie, l'utilisabilité et l'expérience utilisateur ? *Le Travail Humain*, 72, 311-331. <https://doi.org/10.3917/th.724.0311>
- Barthe, B., & Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'Année Psychologique*, 99, 663-686.
- Béguin, P. (2007b). Innovation et cadre sociocognitif des interactions concepteurs-opérateurs : une approche développementale. *Le Travail Humain*, 4(70), 369-390.
- Bobillier Chaumon, M. (2003). Évolutions techniques et mutations du travail : émergence de nouveaux modèles d'activité. *Le Travail Humain*, 66, 161-192. <https://doi.org/10.3917/th.662.0161>
- Bobillier Chaumon, M. (2023). Psychologie du travail digitalisé. Nouvelles formes du travail et clinique des usages. Paris : Dunod.
- Cerf, M., & Falzon, P. (2005). Situations de service : travailler dans l'interaction. Paris : PUF.
- Cuny-Guerrier, A. & Pierrette, M. (2023). Les logiciels de soins en Ehpad : analyse qualitative des conditions d'usage et effets pour l'activité des soignants. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Volume 84. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2023.101849>
- Darses, F. & Falzon, P. (1996). La conception collective : une approche de l'ergonomie cognitive. In G. de Terssac & E. Friedberg (Eds). *Coopération et Conception*. Toulouse: Octarès.
- Demilly, L. (2008). Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles. Lille : Presses universitaires du Septentrion.
- Falzon, P. & Mollo, V. (2009). Pour une ergonomie constructive : les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, 5(1), 61-69.
- Leplat, J (1993). Ergonomie et activités collectives. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.) *Les aspects collectifs du travail : Actes du XXVII^e congrès de la SELF*. (pp. 7-27), Toulouse : Octarès.
- Molinier, P. (2006). Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In P. Paperman et S. Laugier (Eds), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Paris : Editions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, pp.339-357.
- Nirello, L. (2016). Les outils technologiques au service du contrôle de gestion dans les Ehpad: Conséquences sur la qualité du travail. *Retraite et société*, 75, 73-90. <https://doi.org/10.3917/rs.075.0073>
- Rabardel, P. (1995). Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains. Paris: Armand Colin
- Teiger, C., Cloutier, E. & David, H. (2005). 9. Les activités de soins à domicile : soigner et prendre soin. Dans : Marianne Cerf éd., *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp. 179-204). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2005.01.0179>