



tic&société

Vol. 2, n° 1 | 2008
Tic et santé

Une critique du processus d'*informationnalisation* du système de santé français

TINE Marius André et Ph. D.



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ticetsociete/330>

DOI : 10.4000/ticetsociete.330

Éditeur

Association ARTIC

RÉFÉRENCE ÉLECTRONIQUE

TINE Marius André et Ph. D., « **Une critique du processus d'*informationnalisation* du système de santé français** », *tic&société* [En ligne], Vol. 2, n° 1 | 2008, mis en ligne le 27 mai 2019, consulté le 27 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ticetsociete/330> ; DOI : 10.4000/ticetsociete.330

Licence Creative Commons

Une critique du processus d'*informationnalisation*¹ du système de santé français

TINE Marius André, Ph. D.
marius.tine@gmail.com

400, boulevard De Maisonneuve Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 1L4

Marius André Tine travaille sur le processus d'informatisation des pratiques de soins depuis l'année 2002. Ses travaux ont plus particulièrement porté sur la question de la mise en réseau sociotechnique des acteurs et des systèmes de santé en France. En fin 2007, il a soutenu sa thèse de doctorat sur l'utilisation et la non-utilisation des TIC dans le domaine de la cancérologie à l'université Paris 13/Nord (France). Présentement, il agit à titre d'analyste de projets informatiques pour le compte de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

¹ En référence aux travaux de Miège et de Tremblay (1999), nous préférons l'expression « *informationnalisation* » - qui rend mieux compte des enjeux à l'œuvre dans le champ de la santé - à celle de « *société de l'information* ». Elle désigne le processus sociotechnique inachevé et encore en cours de consolidation dans tous les secteurs d'activité - même si des productions disponibles et les auteurs eux-mêmes notent une évolution plus marquée et une accélération du phénomène dans le domaine des échanges économiques - de production/prélèvement, de gestion/traitement, de stockage et d'échange d'informations de plus en plus spécialisées, de médiatisation des rapports sociaux et de travail au moyen de Techniques d'information et de communication. Cette information circule via des réseaux de communication supranationaux et globalisants.

Une critique du processus d'*informationnalisation* du système de santé français

Résumé

L'*informationnalisation* – expression que nous préférons à celles de « *société de l'information* » et de « *révolution numérique* », pour le champ de la santé, parce que rendant mieux compte des évolutions en cours - du système de santé français n'est pas un processus aussi rectiligne que le laisse croire les discours officiels. Ces derniers se fondent sur des calendriers à très court terme qui ne tiennent que très peu compte de la complexité des changements socio-organisationnels et techniques ainsi que des bouleversements dans les pratiques de communication qui accompagnent l'introduction de nouvelles techniques dans les pratiques de soins quotidiennes. Dans le domaine de la cancérologie, les dispositifs de collecte, de transmission et d'échange d'informations cliniques entre cancérologues et spécialistes d'organe sont souvent très peu utilisés. Ainsi que nous le montrons, l'insertion sociale des techniques d'information et de communication dans les soins en cancérologie se confronte à des contraintes clinico-organisationnelles, socioprofessionnelles et techniques importantes.

Mots clés

informationnalisation, réseaux de soins, cancérologie, productions discursives, contraintes.

Abstract

In the healthcare domain, the term "informationalisation" is preferred to "information society" or "digital revolution", because it reflects better the ongoing evolution of the French healthcare system, an evolution which is not as linear as the official discourse suggests. Official views are based on very short term perspectives, which take into account neither the complexity of socio-organizational and technical changes, nor the disorder in the actual communication that comes with the introduction of new techniques for the day to day delivery of healthcare. In oncology, for example, the devices that are meant to collect, transmit, and exchange clinical information between the oncologist and organ specialists are rarely used. We demonstrate how some important constraints, which may be clinico-organizational, socio-professional

Une critique du processus d'*informationnalisation* du système de santé français

or technical, have to be considered before some information and communication techniques can be applied in cancer treatments.

Keywords

informationalisation, care network, cancerology, discursive production, constraints

Resumen

La informacionalización - expresión que preferimos a las de « sociedad de la información » y de « revolución numérica » para el campo de la salud, porque reflejan con más agudeza las evoluciones actuales del sistema de salud francés, no es un proceso tan rectilíneo como lo dejarían pensar los discursos oficiales. Aquellos se basan sobre calendarios a muy corto plazo que no tienen en cuenta la complejidad de los cambios socio-organizacionales y técnicos, como los trastornos en las prácticas de comunicación que acompañan la introducción de nuevas técnicas y las prácticas de cuidados cotidianos.

En el campo de la cancerología, los dispositivos de recopilación, de transmisión y de intercambio de informaciones clínicas entre cancerólogos y especialistas de órganos son muy poco utilizados. Así como intentamos demostrarlo, la inserción social de técnicas de información y de comunicación en los cuidados de cancerología se enfrentan a limitaciones clínico-organizacionales, socio-profesionales y técnicas importantes.

Palabras Clave

Informacionalización, Redes de Atención, cancerología, producción discursiva, limitaciones

INTRODUCTION

« ...il semble que dans une majorité de situations (...), on soit à la fois persuadé des conséquences immédiates et très profondes des actions engagées, et peu prévoyant quant aux changements possibles sur le travail (...) ; d'un côté, on surestime parfois excessivement les conséquences attendues et on présente les supposés effets positifs comme des certitudes découlant des vertus propres des techniques ; d'un autre côté, on se comporte comme si l'introduction du nouveau système et la mise en réseau du travail n'entraîneraient pas de perturbations chez les travailleurs ni dans le travail (...). » (Miège et Tremblay, 1999, p.12)

Il s'opère, depuis le début des années 1990, une reconfiguration du champ de la santé sous l'impulsion de politiques publiques. Cette reconfiguration opère comme le mettent en exergue un certain nombre de travaux (Carré et Lacroix, 2001 ; Carré et Panico, 2000 ; Carré et Panico, 2002), par les autoroutes de l'information et la mise en réseau des soins. Ceux-ci ont montré qu'il s'agissait là des deux orientations majeures du projet politique de réforme et/ou d'« *informatisation* » du système de santé dans son ensemble.

Nous nous proposons dans cet article, en nous fondant sur le secteur de la cancérologie, d'interroger ce processus – que certains auteurs tels que Bonneville et Grosjean (2007) qualifient de *re-engineering* - et de montrer qu'il s'agit d'un phénomène loin d'être abouti dans le secteur de la santé. Contrairement à ce que laissent croire le discours des autorités de tutelle, ce processus se confronte à des contraintes socioprofessionnelles, organisationnelles et techniques en rapport avec les modalités d'articulation des nouvelles techniques avec les procédures cliniques et communicationnelles en place.

Cet article procède à une analyse des discours qui accompagnent ce que les pouvoirs publics appellent « la modernisation du système de santé ». Il se propose ensuite de confronter ces productions discursives avec la réalité organisationnelle du terrain. Nous allons ainsi tenter de démontrer que

l'*informationnalisation* qui est parfois présentée comme un processus accompli ou presque complété est loin d'être réalisée dans les faits.

Positionnement théorique

D'un point de vue théorique, nous nous inscrivons dans un courant de recherche qui se développe depuis le début des années 2000, en France, avec des auteurs tels que Carré et Panico et au Québec avec des auteurs comme Lacroix, Sicotte, Paré, Bonneville, Lemire et Grosjean. Ce courant s'intéresse au processus de reconfiguration structurelle des systèmes de santé des pays de l'OCDE par la technique dans ses dimensions sociopolitiques, juridiques, sociologiques, clinico-organisationnelles. Quelques points de convergence se dégagent de ces travaux. Le premier est que les changements structurels qui sont en train de se dérouler relèvent d'une décision politique imposée par les tutelles en charge de la santé (Carré et Lacroix, 2001 ; Lemire, 2002 ; Tine, 2005 ; Bonneville, 2006). La deuxième ligne de convergence de ce courant identifie ce qui est communément désigné par les initiateurs des réformes comme une modernisation des systèmes de santé comme relevant d'une logique technico-économique plutôt que d'une logique clinique. Des difficultés de type structurel telles que le vieillissement des populations occidentales, le déficit budgétaire chronique de la quasi-totalité des systèmes de santé occidentaux (Carré et Lacroix, 2001 ; pour le cas du Québec voir Bonneville, 2006), une demande de soins croissante couplée dans plusieurs pays à une réduction du nombre de médecins, une pathologisation de certaines étapes de la vie telles que la grossesse et la vieillesse, fondent ce projet politique qui vise en dernière instance l'augmentation de la productivité des organisations de soins (Carré et Lacroix, 2001 ; Bonneville, 2006 ; Grosjean et Bonneville, 2007 ; Tine, 2007). Il semble également y avoir un consensus sur le fait que la logique technico-économique qui domine le processus de *ré-ingeneering* en cours est un facteur de risque voire d'échec, pour les réformes (Tine, 2007). Le succès de celles-ci pourrait passer par une structure organisationnelle collaborative soumise à une logique médico-intégrative (Bonneville et Grosjean, 2007) qui, pour le moment, même s'il est revendiqué par certains promoteurs des TIC dans le secteur de la santé, peine encore à se mettre en place véritablement (Tine, 2007). En d'autres termes, la réussite des réformes constitue un défi organisationnel que les politiques jusqu'ici mises en œuvre n'ont pas été capables de relever. Un quatrième point de convergence est la reconnaissance du fait que les TIC ne facilitent et n'optimisent pas forcément l'activité des professionnels de santé. Elles contribuent plutôt, dans certains voire plusieurs cas, à alourdir leurs tâches quotidiennes qui sont déjà très importantes (Bonneville et Grosjean, 2007, p.444 ; Tine, 2007).

A un niveau plus micro, c'est dans la filiation des recherches entreprises au milieu des années 1990 par les auteurs Tremblay, Miège et Lacroix sur les constructions discursives « *qui rendent possibles, voire nécessaires, la construction des autoroutes de l'information* » (Lacroix et Tremblay, 1995, p. 10.) que nous nous inscrivons.

Ce courant théorique s'intéresse entre autres questions à la place du discours dans le processus d'innovation sociotechnique et à la fonction prescriptive, promotionnelle et coercitive de celui-ci. Nous considérons ainsi à la suite de Lacroix, Moeglin et Tremblay (1992), que l'analyse des productions discursives est l'un des moyens pour comprendre comment les promoteurs des TIC s'efforcent d'agir sur les représentations de la technologie afin d'en favoriser l'appropriation sociale.

Champ de la recherche et méthodologie

Les enquêtes qui vont ici fonder nos analyses ont été menées dans le cadre d'un travail de recherche de terrain effectué entre juin 2002 et décembre 2005 dans les régions Aquitaine et Poitou-Charentes (France). Ces enquêtes ont principalement visé les médecins spécialistes d'organe (gastroentérologues, pneumologues) et transversales (cancérologues, radiologues, anatomopathologistes) qui interviennent dans la prise en charge du cancer. Nous avons eu recours à une méthodologie qualitative qui s'appuie sur l'observation participante et des entretiens semi-directifs. Du point de vue de l'analyse des données empiriques que nous avons collectées, l'approche interprétative telle que décrite par Bolstanski (1990) a été privilégiée. Celle-ci propose au chercheur de suivre les acteurs au plus près de leur « *travail interprétatif* ». Le chercheur prend ainsi au sérieux leurs argumentations, sans chercher à les disqualifier en leur opposant une « *interprétation plus forte* ».

C'est en 1993, que les premiers réseaux d'organisation des soins de cancérologie ont commencé à se mettre en place en France². A partir du début des années 2000, un grand nombre d'entre eux commencent à se superposer à des réseaux techniques de communication, de stockage d'informations médicales et cliniques et de mise en œuvre de processus collaboratifs entre professionnels cancérologues et spécialistes d'organe. Les techniques déployées sont principalement des applications de dossier patient, des dispositifs de visioconférence, des plates formes de travail collaboratif – Forum

² La première tentative d'envergure de formalisation du mode de coopération des cancérologues a lieu, en 1993, dans la région Lorraine. Elle aboutit à la mise en place du réseau ONCOLOR (réseau d'oncologie de la région Lorraine).

de Concertation Pluridisciplinaire – et des progiciels d'aide à la décision. Naissent ainsi les premiers réseaux sociotechniques de soins en cancérologie. Cinq années après le début des premières expérimentations, l'insertion sociale de la plupart des infrastructures techniques est toujours en cours. Elles se situent encore au stade des premières utilisations quand elles ne sont pas purement et simplement l'objet de rejet (Tine, 2005). Situation paradoxale si on tient compte de la volonté politique définie dans le plan cancer (MILCC, 2003) et la loi du 13 août 2004 qui envisageaient une mise en place et une généralisation du dossier patient informatisé pour chaque usager du système de soins pour 2007.

Les contraintes à l'informatisation du secteur de la santé que nous analysons ici, sont très rarement intégrées dans les discours politiques et les documents d'orientation qui traitent de la nécessité d'ancrer « ici et maintenant » le système de soins dans l'ère de l'information, afin d'assurer sa survie. Dans la réalité pourtant ces dimensions microsociologiques structurent fortement le projet macro de modernisation du système de santé.

1. Les promesses des discours d'accompagnement

Les origines d'une certaine conception de l'« *informationnalisation* » et du potentiel des TIC sont à situer dans les promesses d'une société régie par l'information exprimées dans l'idéologie informationnelle pendant les années 1940. La cybernétique qui considère que « *toutes les machines et dispositifs à traiter de l'information sont [...] appelés à jouer [...] un rôle « anti-entropique » essentiel dans la société* » (Breton et Proulx, 2002, p.317) sera l'un des porteurs de ces promesses à partir de 1948 avec Wiener. Les TIC sont, dès lors, présentées comme des dispositifs de progrès, de modernité et d'efficacité par nombre de théoriciens de la révolution technologique dont des journalistes, des industriels et des politiques.

Le rapport entre les fonctionnalités de standardisation et de normalisation des TIC et la reconfiguration structurelle du système de santé est défini dans différents discours produits principalement par les autorités publiques, mais également dans certains documents administratifs d'orientation de la politique de santé et des textes de lois.

Ces discours traitent de la nécessité de recourir aux TIC pour réformer les systèmes de santé. Ils sont souvent déclamatoires et déterministes et ont

prioritairement une fonction de préparation psychologique des professionnels de soins ciblés et des usagers/consommateurs des services de santé.

De même, leur objectif est la structuration des représentations sociales sur la technique. Pour ce faire, un accent particulier est mis sur la nécessité d'opérer des réformes et de réaliser des économies pour le maintien et la reproduction du système. Il s'agit de favoriser la construction, *a priori*, d'une perception et d'une signification sociale favorable à l'utilisation de l'objet technique. Dans cette perspective, des capacités d'optimisation organisationnelle et de réduction des coûts de santé ainsi que des vertus d'amélioration de l'accès des professionnels aux informations sur les patients quelle que soit leur localisation (MILCC, 2003) sont octroyées aux techniques d'information et de communication. Ainsi, la technique est présentée - et doit apparaître aux populations - comme « *un grand projet collectif et incarner la réalisation d'une grande idée* » (Lacroix, Miège et Tremblay, 1994, p.3). Sa perception sociale collective et individuelle est voulue favorable à son insertion sociale.

Différents types de productions discursives sont identifiés dans la littérature portant sur l'analyse des discours d'accompagnement des innovations techniques (Travaux de Carré 2004 et de Lacroix, 1994). Ainsi Lacroix répertorie les trois catégories de discours que sont les discours prospectifs (documentation officielle), promotionnels (documents publicitaires) et prescriptifs (modes d'emploi et guides d'accompagnement du système) alors que Carré, qui s'est plus spécifiquement centré sur le secteur de la santé, identifie une communication dissuasive-persuasive, une publicisation de la télémédecine et les discours prescriptifs.

Les promesses des productions discursives que nous relevons ici concernent principalement les communications promotionnelles, prospectives et prescriptives contenues dans la documentation développée par le Ministère français de la santé et son administration.

La rhétorique gouvernementale commence par une communication du chaos qui met en avant la situation de crise et de sursis du système, culpabilise les citoyens (Carré et Lacroix, 2001, p.41) et annonce la nécessité d'un changement. Entre ensuite en action une communication directive qui suggère voire dicte la solution. Celle-ci procède par les TIC, désormais associées à des vertus de démocratisation de l'accès aux soins, quelle que soit la localisation du patient et d'optimisation du système (Tine, 2007).

Ces différents types de communication mettent l'accent sur un recentrage du système autour du dossier du patient dont la thématique d'informatisation est devenue une priorité, et sur la nécessaire mobilité des informations médicales concernant les usagers du système. Celles-ci doivent être mises à disposition et

Une critique du processus d'*informationnalisation* du système de santé français

rendues accessibles à une large échelle, aussi bien aux différents spécialistes, qu'aux tutelles et administrations de gestion et de contrôle. Ceci est gage d'efficacité du système et de qualité des soins, mais également, une condition de rationalisation budgétaire et organisationnelle. Les TIC deviennent ainsi un élément de mise en œuvre du paradigme de la qualité des soins (Setbon, 2000). Elles permettront, au demeurant, de traiter plus de patient avec des budgets moins importants (Bonneville, 2006).

Les discours prospectifs, quant à eux, s'attachent dans le domaine de la cancérologie à présenter les avantages et les bénéfices dont les TIC sont porteuses.

« les nouvelles technologies d'échange d'informations et de communication (téléconférences, visioconférences,...) seront développées, en particulier pour faciliter la mise en place, dans les réseaux, des réunions de concertation multidisciplinaires autour du dossier patient, ainsi que, plus généralement, les échanges entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers » (MILCC, 2003, p.26).

Le Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) est présenté comme un dispositif devant « *Coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient* » (MILCC, 2003, p.8). L'on pourrait situer certains des propos tenus par l'ex-ministre français de la santé Philippe Douste-Blazy en mai 2004 à Toulouse lors du lancement du dossier médical partagé (DMP) français, dans cette perspective. Selon ses mots, le DMP vise à « *mettre en place un instrument au service de la qualité des soins, à limiter les gaspillages en évitant les examens inutiles ou redondants, à responsabiliser tout à la fois les patients et les praticiens* ». Il annonce par la même occasion, des attentes de 3,5 milliards d'euro d'économie par an, grâce au DMP.

Présente, quant à elle, tout au long du processus d'innovation, la démarche prescriptive a pour fonction d'accompagner, structurer et organiser la conversion de l'innovation technique en médium (Moeglin, Miège et Tremblay, 1992). Elle est, entre autres documents, contenue dans des textes de planification et de réglementation du système de santé comme la loi du 13 août 2004 qui instaure le DMP.

« Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé,

Marius André TINE

chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8 du même code, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.» (Art. L. 161-36-1 de la loi no 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie).

Dans le domaine de la cancérologie, la communication prescriptive commande la mise en place et l'utilisation du Dossier Communiquant de Cancérologie (MILCC, 2003). Elle prescrit également des pratiques communicationnelles s'inscrivant dans une rationalité administrative (Tine, 2007) et introduit, à travers les textes de lois, une dimension de contrainte et de sanction dans l'accompagnement des projets de TIC. L'expression la plus observable de ce dernier point dans les sites de prise en charge du cancer sur lesquels nos recherches ont porté (région Aquitaine, département de la Vienne), est le sentiment de contrainte ressenti par les médecins pour ce qui concerne l'intégration des réseaux de cancérologie et l'utilisation des dispositifs techniques.

En reprenant les catégories développées par Toussaint et Mallein (1994), nous pouvons avancer que l'offre technique des réseaux de soins ainsi que les productions discursives qui l'accompagnent semblent se situer dans une « *rationalité de la performance techniciste* ». Cette notion constitue avec la « *rationalité de la cohérence sociotechnique* », les deux types de rationalités qui guident la construction de toute offre technique selon les deux auteurs. A la différence de cette dernière qui recherche subtilement une alliance avec la demande « *à travers une problématisation de l'usage qui tient compte de l'existant, du quotidien : les techniques d'information et de communication déjà en usage, les pratiques sociales d'information et de communication, les sociabilités familiales et relationnelles, les organisations socio-économiques, les systèmes et les relations sociales de travail, etc.* », la rationalité de la performance techniciste considère l'alliance établie « *à partir du moment où la problématique d'usage de la NTIC fait table rase de l'existant et désigne aux usagers les places qu'ils vont occuper, les pratiques nouvelles qu'ils vont développer et les représentations idéales auxquelles ils doivent tendre.* » Elle procède par « *coup de force* » en mettant l'accent sur « *l'impact social de la technique, de la révolution par la technique* » avec pour objectif de « *réaliser*

l'alliance par l'adhésion de la demande au projet mobilisateur de l'offre » [Mallein et Toussaint, 1994, p.320).

2. Contraintes socio-organisationnelle et techniques de mise en place du dossier patient informatisé (DPI)³ :

Après une analyse de contenu de différents types de productions discursives, nous allons dans cette section procéder à une confrontation des projets techniques initiés par les réseaux de soins, sous les directives des pouvoirs publics, avec le contexte socio-organisationnel en place au niveau des structures privées et publiques de soins. Il s'agira de rapprocher le discours officiel de la réalité organisationnelle et des pratiques professionnelles concrètes.

Pour analyser ces contraintes, nous allons nous appuyer sur des expériences régionales qui se déroulent, pour certaines, depuis le début des années 1990 dans le cadre de projets européens et pour d'autres depuis le début des années 2000 à un niveau plus local (régional).

Nous nous attacherons à démontrer que la mise en œuvre et l'introduction des TIC dans les services de soins du cancer en France se confrontent à des obstacles ne relevant pas seulement d'aspects techniques, mais également, de considérations organisationnelles, cliniques, sociologiques, corporatistes et stratégiques.

L'analyse des discours recueillis auprès des médecins et une période d'observation participante de deux ans au sein du réseau de cancérologie d'Aquitaine (Tine, 2007) nous a permis d'identifier les contraintes que nous analysons ici.

Il est apparu, au cours de nos enquêtes, que les éléments structurants du rapport des médecins aux différentes catégories de TIC et à leurs fonctionnalités sont liés à leur acceptabilité (niveau d'information, perception et représentations), à leurs modalités d'intégration dans les processus de soins, à l'organisation, la charge et la division du travail hospitalier ainsi qu'à la superposition et aux modalités d'articulation des différents dispositifs

³ Dans le contexte des réseaux de soins de cancérologie en France le dossier patient informatisé (DPI) correspond à ce qui est appelé dossier communicant de cancérologie (DCC). Ce projet est dans le domaine de la cancérologie, l'équivalent du projet national de dossier médical partagé (DMP). Pour plus d'informations sur les différents types de dossiers médicaux (DPI, DMP, DCI) se référer à Tine, 2006.

informatiques - aux fonctionnalités parfois similaires - dans une même structure de soins.

Nous distinguerons ainsi les contraintes socioprofessionnelles liées à l'acceptabilité du dispositif par les cibles que constituent les médecins, celles clinico-organisationnelles en rapport avec la structure de l'exercice médical et les contraintes techniques liées aux propriétés intrinsèques des techniques.

2.1. Les contraintes socioprofessionnelles

Elles concernent le processus et le système de cognition ainsi que les représentations des médecins cibles, sur les dispositifs informatiques proposés et engagent la stratégie de gestion du changement (communication et formation) mise en oeuvre. Celle-ci structure l'acceptabilité des infrastructures techniques, qui elle-même est déterminée, d'une part par le niveau d'information des médecins par rapport à l'infrastructure à mettre en place et, d'autre part, par la perception que ces derniers ont des infrastructures.

L'importance décisive des structures sociales de communication dans les processus de décision et d'adoption des innovations est, aujourd'hui, largement démontrée (Rogers, 1962 ; Carré, 2004). Celles-ci jouent un rôle de premier plan dans la conduite du changement au sein des organisations. Dans les réseaux de soins, le niveau d'information et de connaissance des dispositifs technologiques nouveaux est un élément structurant décisif de leur rythme d'insertion sociale et de leur adoption.

Comme dans toute organisation, ce niveau d'information varie en fonction de la position et du niveau d'implication des acteurs. L'absence d'une stratégie de publicisation des techniques et de leur valeur ajoutée aux professionnels, peut, ainsi constituer une limite de taille à la socialisation des nouvelles techniques. « *On ne peut pas utiliser un dispositif dont on n'a pas, précisément, été informé de l'existence, ni des objectifs* » (Tine, 2007).

Une fois les dispositifs connus, ils commencent à faire l'objet de représentations de la part des cibles. « Le processus d'appropriation sociale, cognitive et technique d'une technologie passe par une intériorisation des représentations adéquates du phénomène technique » (Proulx, 2001, p.142). Celles-ci sont à la fois individuelles et sociales (collectives) - les deux dimensions s'influencent mutuellement - et sont, dans le champ de la santé, très largement structurées ou en tout cas influencées par les différentes corporations professionnelles. Chaque corporation appréhende les techniques proposées selon une analyse des enjeux en place conformes à ses propres intérêts.

Ainsi nos résultats de recherche relèvent une réserve plus marquée des médecins libéraux aux projets de TIC. Malgré une évolution notable depuis nos premières années d'enquête, ils perçoivent encore, dans leur majorité, certains des dispositifs de collecte, d'enregistrement et d'échange de données tels que le Dossier Patient Informatisé (DPI), prioritairement comme des outils de « *flicage* » (Tine, 2005 et 2007) s'inscrivant dans une tentative de mise sous contrôle de leurs activités. Le fait, par exemple, de leur demander de remplir un formulaire spécifique pour chaque consultation ne traduit rien d'autre qu'une « *volonté de pister* » et tracer leur activité médicale, pour mieux la contrôler et la régir selon des logiques davantage économiques que médicales. Nous notons ainsi, la présence de représentations et de perceptions sociales qui réduisent le DPI à des fonctions de surveillance et de répression des professionnels de soins et qui apparaissent comme des facteurs de retard ou même de blocage à son insertion sociale.

Des « *représentations sociales négatives* » fondée sur des « stéréotypes » ou des « peurs » (Proulx, 2001, p.142) existent, également, chez les médecins hospitaliers, pour qui certains dispositifs techniques sont des instruments pour accroître les restrictions budgétaires, fermer des services et réaliser encore plus d'économies.

Soulignons, cependant, que la valeur ajoutée et l'apport que peuvent représenter ces dispositifs, dans certaines conditions, ne sont remis en cause par aucun médecin. C'est plutôt une certaine forme de leur utilisation – qui viserait exclusivement le contrôle et la répression - qui est critiquée par ces derniers. Ainsi que le note le rapport Fieschi, « *les professionnels de santé sont dans l'attente d'initiatives sérieuses, sans arrière-pensée coercitive ou mercantile, ne pouvant être dévoyées en outils de gestion du risque ou de contrôle de leur activité par les organismes d'assurance maladie* » (Fieschi, 2003, p. 14).

2.2. Les contraintes clinico-organisationnelles :

Elles sont en rapport avec le fonctionnement et le mode organisationnel de mise en œuvre de la prise en charge clinique au niveau des structures de soins ainsi que les changements d'habitudes et de procédures de travail. Il s'agit là, des obstacles les plus déterminants et les plus difficiles à lever, car touchant à des pratiques ancrées qui se sont élaborées et consolidées dans la durée.

Les nouveaux dispositifs introduisent un renouvellement des pratiques de soins et procèdent à une redéfinition et une systématisation des procédures

d'enregistrement des processus de prise en charge (Tine, 2007). Ils impliquent, là également, la mise en œuvre d'une stratégie de gestion du changement ainsi que la mise en place de procédures de travail nouvelles et l'acquisition de nouveaux savoirs et savoir-faire par les médecins.

L'un des problèmes posés par les nouvelles TIC se situe dans la cohabitation de différents dispositifs, aux fonctionnalités souvent similaires, dans un même service de soins et dans le remplacement ou le passage, en terme d'usage, d'un dispositif à un autre. En 2005, d'après le Haut conseil pour l'assurance maladie, la grande majorité des services de santé dans les structures cliniques et hospitalières étaient équipés en applications d'enregistrement des données de soins (80% des professionnels de santé utilisent l'informatique et 30 à 40 % d'entre eux ont déjà mis sur ordinateur tout ou partie des dossiers de leurs patients). Ces infrastructures sont en place, pour la plupart, depuis plusieurs années. Elles sont déjà bien intégrées dans les habitudes de travail des médecins et font l'objet d'usages réguliers. Les professionnels appréhendent l'introduction de nouvelles applications comme une démarche hasardeuse qui remettrait en cause leur actuel mode de travail, sans aucune garantie d'amélioration.

Nous notons ainsi, chez une frange importante de la population médicale (particulièrement la plus âgée) une forte réticence à l'égard des nouveaux dispositifs, des changements technico-organisationnels dont ils sont porteurs et des programmes de formation et d'apprentissage qui les accompagnent.

La charge de travail et le contexte de pénurie hospitalière apparaissent également, comme des facteurs de rejet de certains nouveaux dispositifs mis en place par les réseaux de soins régionaux (Tine, 2007). Un nombre important de médecins expliquent leur non-utilisation des techniques de saisie de données cliniques proposées au niveau local, par la forte demande de soins à laquelle ils sont soumis et par la multiplication des procédures administratives qui ne cessent « *d'envahir* » (Tine, 2007, p.147) les processus de soins. Les TIC sont, de ce point de vue, perçues comme des facteurs de lourdeur supplémentaire.

Cette situation de saturation leur fait dire qu'ils n'ont pas le temps de saisir les informations de soins dans les applications de dossier patient proposées par les réseaux après l'avoir déjà fait dans les dispositifs internes à leur service. Notons ainsi, une contrainte technique en rapport avec la superposition des dispositifs et la redondance des procédures de saisie des informations cliniques dans différents supports.

De même, la logique du bénévolat et du volontariat qui fonde le fonctionnement de la quasi-totalité des réseaux de soins est en inadéquation avec la logique de rentabilité économique qui préside à la médecine libérale.

Ceci explique, dans certaines catégories de médecins, la non-utilisation des outils de visioconférence et des applications de travail collaboratif. Apparaît ici la question de la répartition du « *temps médecin* » (Tine, 2007, p.111) entre les tâches purement cliniques, les tâches administratives et les activités de collaboration et de formation continue au sein de communautés de praticiens. Les TIC sont, du point de vue des autorités de tutelle, censées apporter une solution efficace et satisfaisante à cette problématique. Dans les faits, elles l'accroissent comme d'autres travaux de recherche le montre (Bonneville, 2007; Bonneville et Grosjean, 2007 ; Tine, 2007).

Il y a dans certaines situations une incompatibilité structurelle entre la logique technico-économique (Bonneville et Grosjean, 2007 ; Bonneville, 2006) qui sous-tend le projet politique d'introduction des TIC dans les processus de soins et, ce que nous avons appelé dans nos travaux de thèse, la logique médicale qui détermine la prise en charge des patients (Tine, 2007). Celle-ci garde encore comme préoccupation principale le besoin clinique du patient. La charge de travail et la demande hospitalière croissante sont inconciliables avec les procédures de traçage que cherche à imposer la logique technico-économique des réformes. Cette incompatibilité participe à l'accroissement des risques qui pèsent sur les projets d'informatisation⁴.

Une approche dite anthropo-centrée issue de la communication des organisations est proposée par certains auteurs [Bonneville L., Grosjean S., 2007] pour réduire le pourcentage d'échec des projets d'informatisation dans le secteur de la santé. Une tentative de mise en œuvre de cette approche est actuellement en train de se mettre en place au niveau du projet de dossier santé du Québec (DSQ) avec la mise en place de Réseaux de Soutien et de Validation par les Pairs (RSVP). Ces réseaux organisés par corporations professionnelles (médecins, pharmaciens, infirmières et autres professionnels) ont un rôle de validation et d'évaluation critique des orientations opérationnelles et du modèle d'affaires proposés du DSQ. Leur impact sur l'évolution du projet n'est cependant, à ce jour, pas évalué.

2.3. Les contraintes techniques

Elles concernent le « *cadre de fonctionnement* » propre aux différentes techniques et touchent, principalement, les projets de Dossier Patient Informatisé (DPI) portés par les réseaux de soins. L'une de ces contraintes est

⁴ Pour plus d'informations sur les catégories de risques à l'œuvre dans ce type de projets voir Sicotte et al., 2006.

en rapport avec le positionnement des dispositifs de DPI par rapport aux applications déjà en place au niveau des établissements de soins et la nécessaire compatibilité et interopérabilité entre les différentes techniques dans le cadre d'un système de DPI national. L'établissement de passerelles de communication entre les anciennes plate-formes informatiques et les nouvelles applications de DPI constitue une contrainte technique importante et complexe, qui peut être long à lever, au regard de la multiplicité et de la divergence des standards et des applications actuellement utilisés. Ainsi que le souligne le Haut conseil de l'assurance maladie, il existerait en France aujourd'hui quelques 150 logiciels destinés aux médecins pour les dossiers médicaux.

Au vu du niveau d'informatisation avancée des structures cliniques françaises, il apparaît un enjeu technique nouveau, qui est d'arriver à faire des infrastructures logicielles en place, des composantes du futur système d'information et de communication de dossier patient intégré.

Dans les expérimentations régionales, la plupart des systèmes disponibles dans les établissements hospitaliers sont conçus avec des normes anciennes et incompatibles avec les standards actuels de développement d'applications informatiques et de transfert de données.

Des solutions à cette limite sont en train d'être expérimentées en Aquitaine, par l'intégration, lorsque c'est possible, de fonctionnalités de télétransmission ou de *mailing* dans les techniques faisant déjà l'objet d'usages réguliers dans les soins de cancérologie à l'œuvre. Il s'agit de permettre, à partir de ces techniques, l'envoi de contenus cliniques saisis vers une base régionale de dossiers patients de cancérologie.

La clinique Pasteur de Toulouse et son système d'information, en servant de cadre au lancement du projet français de DPI, le lundi 24 mai 2004, ont été présentés comme exemple de ce que celui-ci devra être. Elle est, à ce jour, l'une des rares structures de soins à disposer d'un système intégré de dossier patient informatisé. Il lui reste, cependant, l'étape la plus essentielle et la plus complexe, qui est celle de la mise en réseau de sa plate-forme avec celles d'autres établissements hospitaliers et cliniques.

D'un point de vue technique, le projet de Dossier Communiquant de Cancérologie (qui fait office de DPI dans le domaine de la cancérologie) suppose comme préalable, la standardisation des données médicales à collecter et l'interopérabilité des différentes infrastructures localisées dans les établissements sanitaires qui constituent le système de santé - au moins durant les premières phases du processus de diffusion nationale -. Soulignons, ici également, l'existence d'enjeux nouveaux en rapport avec les évolutions de

normes sur le plan des protocoles informatiques de communication, des standards de données et des systèmes de communication à changer.

3. Le temps social de l'innovation antonyme du temps de la planification politique

Une évaluation des expériences régionales de modernisation des systèmes locaux de soins, à l'aune du contenu des différentes productions discursives, nous fait noter l'ignorance dans la plupart des discours et politiques de planification du temps social nécessaire à la réussite des innovations et l'infinie complexité du changement social (Jouet, 1985).

Nombre d'analyses sur le processus d'informatisation sociale des sociétés humaines convergent pour reconnaître que l'innovation technique et l'apparition des effets de celle-ci se déroulent dans la « longue durée » (Miège et Tremblay, 1999, p.10). Ceci est particulièrement vrai dans un domaine aussi complexe et hétérogène que le secteur de la santé.

L'insertion et l'appropriation sociale des TIC sont des processus socio-techniques qui s'inscrivent sur un temps long. Elles procèdent nécessairement par ajustements, compromis et négociations larges entre tous les acteurs concernés. Ce que semblent méconnaître les discours d'accompagnement des projets de télémédecine qui adoptent un temps de déroulement et de réalisation qui s'inscrit dans le court terme.

Dans le contexte français, le délai de 2007 avancé par le ministre P. Douste-Blazy pour la généralisation et le fonctionnement du DMP, à une échelle nationale, paraissait dès lors difficilement tenable. « *Nous pouvons mettre en place ce dossier médical partagé dans des délais assez brefs : deux ans* » affirmait-t-il le 04 mai 2004, à l'Assemblée nationale. À titre de comparaison, la carte vitale⁵ malgré son coût élevé de mise en place, mettra plus de dix ans à se généraliser. De même, vingt ans après ses débuts, le PMSI (enregistrement des données informatiques pour chaque patient hospitalisé) peine encore à être complètement opérationnel et à se systématiser.

⁵ La carte vitale est la carte d'assurance maladie nationale française. Elle comporte une puce électronique et permet à son détenteur de justifier ses droits. Elle stocke, entre autres informations, les données suivantes : numéro de l'assuré, nom et prénom du titulaire et des bénéficiaires s'il y a lieu, le régime d'assurance maladie obligatoire (régime général, régime agricole, travailleur autonome) et éventuellement les droits conférés par une couverture complémentaire (mutuelle par exemple).

Au demeurant, la reconfiguration du système de santé français par les autoroutes de l'information est souvent présentée comme une solution miracle pour le déficit des comptes de l'assurance maladie, par certaines analyses. Tant de vertus ne sauraient attendre, principalement pour les affections de longue durée (ALD) telles que le cancer prises en charge à 100 % par les fonds de solidarité nationale. En Angleterre, malgré des efforts extraordinaires (subventions spéciales, larges campagnes d'information et de communication) et des résultats satisfaisants (35% des établissements ont un système de partage de leurs dossiers entre différents départements, voire des dossiers en ligne sur leur intranet (20%) ; 55% des généralistes utilisent une version électronique du dossier patient en gestion interne, 70% d'entre eux échangent des informations électroniques - tout ou partie du dossier patient - en externe (GMSIH, 2002)), le *National Health Service (NHS)* situait en 2002 les objectifs d'économie sur cinq ans.

Conclusion

L'« *informationnalisation* » du champ de la santé suppose des changements importants. Elle constitue un processus socio-technico-politique incertain non encore abouti, malgré toutes les proclamations des pouvoirs publics et certaines analyses disponibles. La planification politique ne tient souvent pas compte des changements organisationnels, des attitudes et pratiques de communication déjà en place et de l'accueil des nouveaux systèmes par les professionnels de soins.

La réussite d'une innovation technologique implique l'utilisation, l'appropriation et l'usage social de nouvelles techniques d'information et de communication. Ce processus de validation sociale des TIC ne se réalise pas encore au sein des réseaux de soins de cancérologie, du fait des contraintes énoncées plus haut. L'informatique et les outils techniques de communication proposés par les réseaux ne se superposent pas encore totalement aux techniques aujourd'hui banalisées (le téléphone, le fax) de médiatisation des échanges entre professionnels de soins. Il y a nécessité de mise à jour des connaissances sur cette question centrale de l'utilisation effective des TIC implantées dans les organisations de soins.

Références bibliographiques

BOLTANSKI L. (1990), *L'amour et la justice comme compétences*. Trois essais de sociologie de l'action, Paris, Métailié.

BONNEVILLE L. (2007), « La mise en place du virage ambulatoire informatisé au Québec (1985 à 2000) : contexte, logiques et enjeux pour le travail médical », *Sociologie santé*, n°26, pp.351-372.

BONNEVILLE L. (2006), « About the evaluation of computerized health care services: some critical points », *Health sociology review*, volume 15, Issue 2, pp.169-178.

BONNEVILLE L. et GROSJEAN S. (2007) « Les défis que soulève l'informatisation de la pratique médicale sur le plan de l'innovation technologique », *Canada journal of communication*, vol 32, pp.435-456.

BRETON P. et PROULX S. (2002), *L'explosion de la communication à l'aube du XXIe siècle*, Paris, La découverte.

CARRE D. (2004), « Apports de la problématique communicationnelle à la compréhension des processus de la diffusion des techniques », *L'individu social autres réalités, autre sociologie ? Actes du XVIIe Congrès de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF)*, Tours, 5-9 juillet 2004.

CARRE D. et LACROIX J.-G. (sous la direction de) (2001), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan.

CARRE D. et PANICO R. (2002), « Informationnalisation en santé, ou le rapprochement par l'éloignement ? Éléments d'analyse d'une gestion économique et organisationnelle de la distance socio-sanitaire », dans Actes du colloque 2001 Bagues Globalisme et pluralisme, du 24 au 27 avril, Montréal (Canada), Les Presses de l'Universitaires de Laval, pp.101-115.

FIESCHI M. (2003), *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*, Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées.

GMSIH (2002), *Principes et processus d'identification du patient ; expériences internationales des systèmes de santé, de la politique d'informatisation des systèmes de santé et de la politique d'identification*, Rapport d'étude, 127p.

GROSJEAN S. et BONNEVILLE L. (2007), « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé », *revue française de gestion*, n° 172, pp.145-157.

JOUET J. (1985), *La communication au quotidien : de la tradition et du changement à l'aube de la vidéocommunication*, Paris, la Documentation française.

LACROIX J.-G. (1994), « Entrez dans l'univers merveilleux de Vidéoway », dans Lacroix J.-G. et Tremblay G. (Edit.) *De la télématique aux autoroutes électroniques. Le grand projet reconduit*, Sainte-Foy, PUQ ; Grenoble, PUG, pp.137-162.

LACROIX J.-G., MIEGE B. et TREMBLAY G. (sous la direction de) (1994), *De la télématique aux autoroutes électroniques, le grand projet reconduit*, Sainte-Foy, PUQ ; Grenoble, PUG.

LACROIX J.-G., MOEGLIN P. et TREMBLAY G. (1992), « Usages de la notion d'usages », *Les nouveaux espaces de l'information et de la communication*, Actes du 8^e congrès national des Sciences de l'Information et de la Communication, Lille, 21 – 23 mai 1992, pp.239-248.

LEMIRE M., 2002, « Les inforoutes santé et la télésanté : le progrès technologique au sacrifice du progrès sociopolitique ? », dans *Actes du colloque 2001 Bagues Globalisme et pluralisme*, du 24 au 27 avril, Montréal (Canada), Les Presses de l'Universitaires de Laval, pp.137-157.

MALLEIN P. et TOUSSAINT Y. (1994), « L'intégration sociale des TIC : une sociologie des usages », *Technologie de l'information et société*, 6 (4), pp.315-335.

MIEGE B. et TREMBLAY G. (1999), « Pour une grille de lecture du développement des techniques de l'information et de la communication », *Sciences de la Société*, n° 47, pp.9-22.

MISSION INTERMINISTERIELLE POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER (2003), *Plan cancer : 2003-2007*, Rapport, Paris, (France).

PROULX S. (2001), « Usages de l'Internet : la « pensée-réseaux » et l'appropriation d'une culture numérique. » dans Guichard E. (Edit.), *Comprendre les usages de l'Internet*, Paris, éditions rue d'Ulm, pp.139 – 145.

ROGERS E. (1962), *The diffusion of innovations*, New York, Free Press, 1ère édition.

SETBON M. (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n°42, pp.51-68.

SICOTTE C., PARE G., MOREAULT M.-P. et PACCIONI A.(2006), « A Risk assessment of Two Interorganizational Clinical Information Systems », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 13, n°5, pp.577-586.

Une critique du processus d'*informatisation* du système de santé français

TINE M.-A. (2007), Utilisations et non-utilisation des TIC en sante : le cas des réseaux de soins en cancérologie. Aspects techniques, organisationnels, sociopolitiques et dimension communicationnelle, Doctorat en sciences de l'information et de la communication, Université Paris 13/Nord.

TINE M.-A. (2006), « Le dossier patient informatisé », Terminal, n°95-96, printemps – été, pp.215-229.

TINE M.-A. (2005), « Evaluation de la non utilisation du dossier patient informatisé : premiers éléments de réflexion », Enjeux et usages des TIC : aspects sociaux et culturels, Actes du colloque CEMIC-GRESIC, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, pp.337-342.

.

Pour citer cet article

André Marius Tine, «Une critique du processus d'*informatisation* du système de santé français», *Revue tic&société* [En ligne], Tic et santé, Numéros, mis à jour le : 14/10/2008, URL : <http://revues.mshparisnord.org/lodel/ticsociete/index.php?id=330>.