

## **Quelques problèmes posés par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) à des fins cliniques par les professionnels de la santé au Québec**

Luc BONNEVILLE \*

### **1. INTRODUCTION**

La mise en place des technologies de l'information et de la communication (TIC) au Québec et au Canada, comme dans d'autres pays industriels avancés, trouve son origine dans une volonté politique de transformer structurellement le système sociosanitaire, pour le rendre plus performant. Une performance qui est essentiellement conçue en termes économiques, autour du seul critère de réduction des coûts du travail médical qui se substitue aux critères cliniques, lesquels selon les professionnels de la santé devraient pourtant jouer un rôle majeur dans l'évaluation du succès des initiatives en télémédecine et télésanté. Or, depuis que le grand projet d'informatisation du secteur de la santé au Québec a émergé, c'est plutôt en fonction de critères économiques que les décideurs ont construit les services informatisés de soins (Bonneville, 2003), ceux-ci ayant été modelés autour d'une organisation du travail qui sur le plan clinique conduit à d'importants problèmes, au rang desquels figurent le manque de soutien à la pratique clinique et l'effritement des conditions du travail médical. C'est précisément ce que nous avons constaté dans le cadre de nos recherches sur la mise en place du virage ambulatoire informatisé au Québec. Au cours de ces recherches, nous avons notamment conduit des entrevues semi-directives (25) auprès d'informateurs clés sélectionnés, c'est-à-dire principalement des administrateurs, fonctionnaires et professionnels de la santé impliqués dans différents aspects de l'informatisation du secteur de la santé. Bien entendu, le cadre même de ce texte ne nous permet pas de présenter l'ensemble de nos constats, aussi avons-nous choisi d'insister sur le témoignage d'un certain nombre de professionnels de la santé au sujet de l'informatisation de leur propre pratique.

### **2. INFORMATISER LA PRATIQUE CLINIQUE POUR SOLUTIONNER LA CRISE DU SYSTEME SOCIO SANITAIRE**

Comme nous l'avons constaté dans nos travaux (ibid), l'informatisation globale du secteur de la santé, telle que mise en place par l'État québécois au cours des années quatre-vingt-dix, ne reposait pas sur un souci de modernisation en soi, «neutre», de la pratique clinique. L'informatisation n'était avant tout qu'un moyen parmi d'autres, par exemple la réduction des dépenses publiques de santé, pour solutionner quelques problèmes clés auxquels était confronté le système sociosanitaire québécois. Ces problèmes, essentiellement d'ordre budgétaires, ont légitimé la façon dont le secteur de la santé au cours des années quatre-vingt-dix a été informatisé. L'État québécois s'est en effet appuyé sur la nécessité de freiner la croissance des dépenses publiques de santé pour préconiser une informatisation de la pratique clinique qui puisse déboucher sur l'augmentation de la productivité des professionnels de la santé. De ce seul fait, l'informatisation était posée comme incontournable.

C'est ainsi que l'État québécois affirmait dans plusieurs documents officiels que les compressions budgétaires dans le secteur de la santé étaient inévitables, malgré la croissance de la demande de soins<sup>1</sup>, et qu'il fallait trouver un moyen (l'informatisation de la pratique

---

\* Professeur, département de communication, Université d'Ottawa.

<sup>1</sup> Mentionnons quelques chiffres soulevés par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) au sujet de cette

clinique) pour diminuer le coût des services soins assumés par le secteur public. En témoignent les extraits suivants tirés de documents publiés entre 1996 et 1998 par le Secrétariat de l'autoroute de l'information, le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec et le Gouvernement du Québec, dans lesquels on précise que le secteur de la santé est un champ particulièrement concerné par l'informatisation – au moyen des autoroutes de l'information (AI) ou TIC – compte tenu du contexte budgétaire qui prévalait au Québec et qui nécessitait une transformation du secteur.

Le système de santé et de services sociaux du Québec a la responsabilité d'offrir des services de santé et de services sociaux à l'ensemble de la population québécoise. Il regroupe 250 000 employés, c'est-à-dire 10 % de la main-d'œuvre active du Québec. Son budget pour l'année financière 1995-1996 est de 13 milliards de dollars, soit plus de 30 % des dépenses gouvernementales. Il regroupe plus de 750 établissements auxquels s'ajoutent les cliniques et les polycliniques médicales et plus de 2 000 organismes communautaires reconnus et financés par le Ministère ou les régies régionales. Compte tenu de sa mission, des ressources humaines et financières en jeu, le secteur de la santé et des services sociaux est interpellé au premier plan par l'autoroute de l'information (SECRÉTARIAT DE L'AUTOROUTE DE L'INFORMATION, 1996, p.38).

Le système doit faire face à des compressions importantes depuis quelques années. On annonce encore un objectif d'un milliard de dollars de compressions pour les quatre prochaines années, auxquelles viendront s'ajouter des réductions du paiement de transfert du gouvernement fédéral qui seront annoncées en 1996. Malgré ces réductions, la pression de la demande en services ne fait qu'augmenter d'année en année avec le vieillissement de la population et l'accroissement de la pauvreté. Le défi majeur du système de santé et de services sociaux québécois pour les prochaines années sera de maintenir (ou d'accroître dans certains cas) son niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, avec des ressources de plus en plus restreintes (COMITÉ CONSULTATIF SUR L'AUTOROUTE DE L'INFORMATION, 1995, p.17).

Le système de santé et des services sociaux du Québec fait face à de grands défis. D'une part, le système est confronté à des compressions budgétaires importantes depuis quelques années. D'autre part, la demande de services

---

augmentation de la demande au sein des établissements : «Dans les salles d'urgence des hôpitaux de Montréal durant les deux dernières années [donc pour 1998 et 1999], le nombre de patients arrivés en ambulance au [sic] augmenté de 19,2 % depuis deux ans (21 808) ; le nombre de patients admis a quant à lui augmenté de 11 823 (hausse de 6,8 %) ; dans la région de Québec, le nombre de patients admis a augmenté systématiquement durant les quatre dernières années [donc de 1995 à 1999]. En hémato-oncologie, le nombre d'heures travaillées a augmenté de 59 % depuis 1992 et la tendance continue. En cardiologie, il y a eu une augmentation des admissions de 9,48 % depuis 1993-1994. En santé mentale, l'augmentation des admissions est de 14,48 % depuis 1993-1994, malgré un virage ambulatoire important. Dans les cas de maladies respiratoires et de chirurgie cardiaque, la consommation de services a augmenté respectivement de 3,83 % et de 4,21 % durant les deux dernières années. Les hausses ont été les plus marquées parmi le groupe des 75 à 79 ans.» (ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, [Page consultée le 29 septembre 2002], «L'augmentation de la demande de services est responsable des difficultés budgétaires des hôpitaux», [En ligne], Adresse URL : <http://www.ahq.org/info/nouvelles/presse/c060700.html>)

est en constante augmentation, compte tenu du vieillissement de la population et de l'accroissement de la pauvreté. Ainsi, le système de santé et des services sociaux québécois, à l'instar de la majorité des autres systèmes, devra relever le défi de maintenir (ou d'accroître dans certains cas) son "niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, avec des ressources de plus en plus restreintes" (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1996, p.5).

Le secteur de la santé et des services sociaux vit actuellement une transformation majeure. Le gouvernement a décidé de modifier en profondeur l'organisation de ces services dans un souci d'amélioration de la qualité et de l'efficacité et afin de mieux maîtriser l'évolution des dépenses (GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1998, p.84).

On peut comprendre dans ces extraits que la réorganisation du système sociosanitaire devait d'abord et avant tout représenter un moyen pour répondre à la croissance de la demande pour des services de soins, dans un contexte où les restrictions budgétaires étaient considérées comme inévitables<sup>2</sup>. En précisant que le secteur de la santé «est interpellé au premier plan» par les AI, le Secrétariat de l'autoroute de l'information spécifiait qu'il devenait trop important en termes de dépenses publiques. L'informatisation était dès lors vue comme un moyen pour contrebalancer la croissance des dépenses publiques de santé, en diminuant les coûts des services de soins assumés par le secteur public et en «minimisant», si faire se peut, les effets sur la qualité de ceux-ci. C'est ainsi que l'informatisation, plus spécifiquement les AI, étaient investies de la capacité à sortir le système sociosanitaire de la crise à laquelle il était, et est toujours, confronté. C'est dans cet esprit qu'il fallait considérer l'informatisation, les AI, selon l'État québécois, comme le levier de transformation central du secteur de la santé. C'est ce que laissent entendre le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec dans des documents publiés entre 1996 et 1997 :

*La mise en place d'une infrastructure de télécommunication a un apport direct à la transformation du réseau sociosanitaire. Elle contribue aussi à relever les défis des coûts, de la qualité et de l'efficacité des soins et des services* ((MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1996, p.25)

*La mise en place d'une infrastructure de télécommunication a un apport direct à la transformation du réseau sociosanitaire et contribue à relever les défis des coûts, de la qualité et de l'efficacité des soins et des services* (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997, p.53).

[...] l'infrastructure du secteur sociosanitaire sera mise en œuvre de façon à faciliter la transformation du système sociosanitaire. En plus de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, elle devra plus particulièrement contribuer à : augmenter la qualité des services aux usagers ; améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources sociosanitaires et contrôler les coûts des programmes de santé et de services sociaux (ibid,

---

<sup>2</sup> C'est d'ailleurs pour cette raison, en outre, que le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information affirmait, dans un document paru en 1995, que la transformation du système sociosanitaire se devait d'être radicale : «Le contexte actuel favorise une transformation radicale du système ; axée sur l'efficacité». (*Infroute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 17).

p.14).

Dans d'autres documents officiels, on indiquait que l'informatisation à travers la mise en place des AI constituaient un outil fondamental de la «réforme» du système sociosanitaire. C'est ce qu'affirmaient, entre 1995 et 1997, le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec et Jean Rochon dans une lettre adressée aux Président(e)s des Régies régionales :

L'autoroute de l'information devient une ressource de tout premier plan pour la réalisation des objectifs de la Réforme ( COMITÉ CONSULTATIF SUR L'AUTOROUTE DE L'INFORMATION, 1995, p. 18)

Les télécommunications sont définitivement l'une des ressources qui soutiendront la réforme du système sociosanitaire québécois et qui permettront à ce système de relever le défi majeur des prochaines années : maintenir ou accroître le niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, malgré des ressources de plus en plus restreintes ( MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1996, p. 25).

Les télécommunications sont devenues une nécessité dans la réingénierie des processus de travail et la mise en œuvre de nouvelles façons de dispenser des services à la population québécoise. [...] Cette infrastructure de télécommunication doit être considérée comme nécessaire et urgente car elle soutiendra la transformation du réseau sociosanitaire en cours ; plusieurs projets d'informatisation en développement [...] ; la mise en place de l'autoroute de l'information est une priorité pour le Gouvernement du Québec, en particulier son implantation dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux (ibid, p.81).

Les technologies de l'information sont maintenant reconnues, et de plus en plus utilisées, comme un puissant levier pour soutenir la transformation du réseau et l'amélioration de sa performance (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1996, p.iii).

Les technologies de l'information, et plus particulièrement l'inforoute, doivent être un levier de premier plan pour pousser plus loin la transformation du système sociosanitaire (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997, p.15).

À l'appui de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, l'utilisation des technologies de l'information s'avère essentielle pour atteindre nos objectifs en termes d'amélioration de la qualité des services aux usagers, d'efficience et d'efficacité globale du système sociosanitaire (ROCHON, 1997, p.1).

Ce qui montre bien en quoi l'informatisation apparaissait comme un moyen clé d'une stratégie globale de réorganisation de l'ensemble du système sociosanitaire. Toutefois, ces justifications de la part de l'État quant à la nécessité d'informatiser le secteur de la santé a fortement conditionné la façon dont les TIC ont été conçues, élaborées, implantées et déployées sur le terrain. Aussi avons-nous pu constater un certain nombre de problèmes, technologiques, organisationnels et médicaux, qui jettent une douche froide sur le vent

d'optimisme que l'État québécois entretient auprès de la population.

### **3 LES PRINCIPAUX PROBLÈMES POSÉS PAR L'INFORMATISATION *TOP DOWN* DE LA PRATIQUE CLINIQUE**

#### **3.1 Un manque de support à la pratique clinique**

Nous avons constaté dans nos recherches que l'informatisation du secteur de la santé, telle que mise en place par l'État québécois, reposait sur des impératifs économiques où la réduction des coûts des services publics de soins demeure l'objectif surdéterminant à atteindre, avant la qualité et l'accessibilité aux soins (BONNEVILLE, 2003). Cette logique ne pouvait conduire, sur le terrain, qu'à divers problèmes qui nous ont d'ailleurs été soulevés par nos informateurs. Parmi ceux-ci, c'est celui du manque de soutien à la pratique clinique qui demeure le plus préoccupant. En effet, plusieurs ont affirmé que l'informatisation, lorsque conçue par les décideurs, n'apportait que peu ou n'améliorait en rien leurs conditions de pratique clinique quotidienne, contrairement à leurs attentes fondées sur l'objectif d'amélioration des services de soins offerts à la population québécoise. Pour ces professionnels de la santé, l'informatisation, que nous qualifions de *top down*, menée par le haut, ne permet pas d'améliorer les conditions générales du travail médical. Dans l'environnement de la pratique clinique quotidienne, les professionnels de la santé subissent l'informatisation de leur pratique sans que soit considéré leur point de vue sur la façon, par exemple, de concevoir, d'implanter, de déployer et d'utiliser les TIC. Ce qui a eu pour effet de détériorer, dans certains cas, les conditions du travail médical, tel que le laisse entendre cet infirmier :

Le transfert d'informations peut nous [les infirmiers et infirmières] aider en allégeant notre tâche. Cela pourrait nous soutenir dans notre travail. Mais encore faut-il que ces outils technologiques soient conviviaux avec notre pratique et qu'ils remplissent le mandat qu'ils sont supposés remplir [un mandat clinique]. Malheureusement, le terrain montre qu'il y a plein d'expériences où ce n'est pas le cas. [...] En plus, c'est compliqué. L'informatique n'apporte rien à notre dynamique de travail. [...] Par exemple, le système d'information [x] n'allège pas du tout notre travail. Il le rend plus lourd.

Ainsi, par cet extrait, on constate que l'implantation et le déploiement des TIC reposent sur une logique contraire avec une autre logique, de santé, axée sur l'amélioration de la qualité des conditions du travail médical dans un souci de qualité des soins [encore faut-il que ces outils technologiques soient conviviaux avec notre pratique [...] ; l'informatique n'apporte rien à notre dynamique de travail]. On doit ici penser que la logique économique, celle qui motive cette façon d'implanter les TIC, entre en contradiction avec la logique clinique et que cette contradiction est la règle plutôt que l'exception [il y a plein d'expériences où ce ne fut pas le cas]. C'est précisément cette contradiction qui explique l'absence de support réel au travail des professionnels de la santé sur le terrain et l'absence de préoccupation pour s'assurer que les TIC s'harmonisent aux besoins de ceux-ci [encore faut-il que ces outils technologiques soient conviviaux avec notre pratique]<sup>3</sup>. Selon les professionnels de la santé, c'est pourtant la raison clinique qui aurait dû prédominer d'abord

<sup>3</sup> Ce qui ne peut que constituer un obstacle à l'intégration des TIC dans la quotidienneté du travail des professionnels de la santé, comme l'ont montré Lehoux et al. (2002, p. 889-904).

et avant tout dans la façon d'informatiser leur travail quotidien. Or, non seulement cette dimension centrale des services de soins n'était pas prédominante, et ne l'est toujours pas, mais elle est selon les professionnels de la santé absente. C'est ce qu'ont affirmé un médecin responsable d'un système d'information, un infirmier-conseil à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et un médecin directeur des services professionnels d'un centre hospitalier impliqué dans un projet régional de télémédecine :

C'est comme si le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec voulait jeter la technologie. Jeter tout le processus clinique qu'on a bâti derrière cette technologie. [...] Pourtant, dans les orientations ministérielles, il est bien écrit qu'on voulait travailler en réseau intégré. [...] Je pense que ce sont des niveaux politiques qu'on ne peut pas comprendre. On ne peut pas comprendre leur agenda quelques fois. Cela me dépasse. En ce qui me concerne, je démarre à partir de besoins cliniques, d'approches cliniques.

C'est toujours le contrôle. Que voulait-on contrôler ? Il faudrait le savoir clairement. [...] C'est ce qui arrive avec cette technologie, il y a des rébellions parce que les vraies choses ne sont pas dites.

Le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec a surtout poussé avec l'informatisation, ces dernières années, pour obtenir des chiffres et des statistiques d'un point de vue administratif. Nous n'avons pas eu vraiment d'apports ou d'appuis qui soient tangibles sur le plan clinique. À mon sens, il s'agit d'une très grave erreur. Je ne dis pas que les statistiques ne sont pas importantes, mais je me demande si jusqu'à un certain point ce n'est pas partir la machine à l'envers. [...] Nous sommes toujours partis à l'envers en voulant fournir du papier et des statistiques à Québec avant de donner des outils cliniques [aux professionnels de la santé].

Ainsi, comme en témoignent ces extraits, l'un des points fondamentaux de la critique exprimée par les professionnels de la santé à propos de la façon dont l'État a élaboré et implanté les TIC, demeure dans l'absence ou le peu de considérations cliniques qui prévalent dans l'informatisation dont il est ici question. Pour ces professionnels de la santé, ce constat effectué de leur part les conduit à affirmer que l'État est dans l'«erreur» [il s'agit d'une grave erreur], car leur expérience montre précisément que la logique *top down* d'implantation des TIC ne repose pas sur un souci d'amélioration de la qualité des conditions du travail médical [nous n'avons pas eu vraiment d'apports ou d'appuis qui soient tangibles sur le plan clinique]. Il y a donc non seulement non-amélioration réelle des conditions du travail des professionnels de la santé sur le terrain, au contraire de ce que prétend le discours officiel et celui des décideurs locaux, comme nous l'avons montré par ailleurs (BONNEVILLE, 2003, chapitre 4) mais pire, cette dynamique induit un ensemble de contraintes additionnelles qui menacent encore davantage les conditions du travail médical et la qualité des soins.

### **3.2 Quand les TIC imposent certaines contraintes cliniques**

La logique *top down* d'élaboration, de déploiement et d'implantation des TIC a contraint les professionnels de la santé à subir une informatisation de leur pratique qui a été jugée par ceux-ci comme défavorables en termes de qualité des conditions de leur travail. Cela s'explique par le sens donné aux TIC par l'État qui souhaitait remodeler, restructurer, le travail médical autour de la raison économique devant s'imposer comme prééminente sur la

raison clinique. C'est ce que le laisse entendre un infirmier que nous avons rencontré à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), soulignant que certaines TIC ont très rapidement été considérées comme inutiles par ceux qui ont dû les utiliser, c'est-à-dire les professionnels de la santé :

Nous nous sommes demandés, comme infirmiers sur le terrain, ce que la technologie [x] nous procure. Nous devons dupliquer nos entrées de données du fait qu'elles doivent figurer à plusieurs endroits. Or, pour soigner nos patients en temps réel [...] nous ne voyons pas du tout ce que cette technologie nous apporte. [...] On impose une technologie, alors que les infirmiers n'ont jamais été consultés. Je suis désolé, mais il s'agit d'un gros problème avec le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. Cette technologie ne rejoint pas du tout nos préoccupations par rapport à notre pratique clinique. [...] [Les autorités] n'ont pas géré le changement dans le passage du manuscrit au numérique. Or, il faut gérer ce changement. [...] [De plus] on a, à plusieurs reprises, refusé d'embaucher une personne-ressource qui soit entièrement responsable du projet technologique. C'est toujours le directeur des soins infirmiers qui le gère lui-même. De plus, nous n'avons pas d'équipements. Si vous rassemblez ces problèmes, vous voyez jusqu'à quel point le projet technologique est très peu prometteur. Comment veut-on que les infirmiers croient au projet lorsqu'ils se rendent compte que c'est uniquement pour fournir des données quantitatives au Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. Il faut absolument débiter sur le terrain de façon à ce que la technologie apporte une plus-value [au travail médical]. Les médecins partagent cette opinion.

Ici, on comprend que la qualité du travail médical a été l'une des dimensions les plus touchées par la manière privilégiée par l'État pour informatiser les services de soins. En effet, cette logique *top down* d'informatisation, qu'on pourrait qualifier de productiviste, empruntée par les décideurs, occulte la raison clinique déterminant le travail médical [cette technologie ne rejoint pas du tout nos préoccupations par rapport à notre pratique clinique], la raison de soigner [pour soigner nos patients en temps réel], comme finalité d'usage des services de soins. Cette prééminence de la raison économique sur la raison clinique contribue à la réification, défiguration pourrait-on dire, de la finalité d'usage des services de soins en problème économique - diminuer les coûts à tout prix - occultant ainsi que la raison d'usage des services de soins est le recouvrement de la santé. D'où la confrontation inévitable, qui se pose sur le plan clinique et thérapeutique, entre ces principes réorganisationnels du travail médical et la raison d'être du travail des professionnels de la santé. Voilà pourquoi les professionnels de la santé n'ont pas compris pourquoi ils devaient nécessairement utiliser les TIC, pourquoi on les contraignait à le faire, compte tenu que celles-ci ne favorisaient pas *de facto* l'amélioration des conditions du travail médical et des soins. Pour trois de nos informateurs, le premier qui est infirmier responsable d'un système d'information dans une régie régionale, le deuxième qui est infirmier responsable d'un système d'information dans un centre hospitalier et le troisième qui est infirmier-conseil, cette absence réelle de considérations pour l'efficacité clinique et thérapeutique de la part des décideurs a constitué une source d'interrogations fréquentes et de nombreux commentaires :

Le commentaire général que faisaient les infirmières consistait à dire que l'utilisation de l'informatique retardait, c'est-à-dire prolongeait le temps, qui

initialement était plus court quand elles travaillaient en mode papier. Auparavant, elles rédigeaient leur rapport manuellement et de façon beaucoup plus rapide. Maintenant, quand tu travailles avec une souris et que tu ne sais pas où sont situées les touches sur le clavier, l'utilisation de l'informatique prend deux fois plus de temps. [...] J'ai fait un bilan en 2001 après avoir implanté cette technologie. J'ai fait un bilan dans l'ensemble du réseau en interrogeant tout le monde pour savoir comment ils vivaient avec ce système. L'une des questions que je me suis fait poser le plus était celle de savoir à qui le système d'information servait et pourquoi. Les gens [les professionnels de la santé] ne savaient pas ce qu'il en était. [...] Ils ne voyaient pas du tout les avantages du système. Il a donc fallu faire un autre tour de roue pour essayer d'expliquer à quoi servait le système d'information. La dynamique ambulatoire était comprise par les gens, alors que le système, quoique nous véhiculions des objectifs de continuité des services et de complémentarité, l'était plus difficilement. La personne qui était devant l'écran, qui mettait de l'information de bonne foi dans le système, ne voyait pas vraiment pourquoi elle posait cette action de façon informatique, alors qu'auparavant elle le faisait en mode papier et que tout se faisait beaucoup mieux.

C'est incroyable le nombre de commentaires reçus, malgré le support que nous avons donné. Même après la mise en place du système d'information, les infirmières continuaient d'utiliser leur cardex. Une fois le cardex complété, il fallait ressaisir l'information informatiquement. [...] Nous avons quand même rassuré les infirmières en leur disant que nous pouvions recommencer. Elles faisaient déjà une vérification, une fois par jour, des dossiers de chaque patient par unité [de soins]. On leur a donc dit, en effectuant leur vérification, de prendre le temps de saisir les données. Mais c'est certain que les infirmières avaient un manque d'habileté à ce niveau. C'est long pour elles, car elles font de toute façon la vérification officielle. L'idée de saisir les données dans le système était une autre étape, qui était plus longue, car elles n'avaient pas la dextérité informatique à cette époque.

Dans un document, nous évoquions la nécessité que les technologies soient conviviales pour les infirmières en les soutenant dans leur pratique [clinique], et non l'inverse. Parce qu'on ne peut pas changer la pratique infirmière pour s'adapter à l'informatique. Il faut que ce soit l'inverse. Nous voulions que certains projets soient développés par des professionnels [de la santé]. [...] Ils [les décideurs des établissements sanitaires, des régions régionales et / ou du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec] n'ont pas à nous imposer des systèmes qui ne correspondent pas à notre pratique. C'est le gros problème. Nous voulions également que les infirmières soient soutenues dans leur formation. [...] Si on ne se penche là-dessus, les infirmières vont se faire imposer des choses et nous ne déciderons donc pas. C'est embêtant.

Ces témoignages montrent bien que les professionnels de la santé n'ont pas trouvé d'utilité clinique réelle à l'informatisation des services de soins, du moins telle qu'elle a été conduite, *top down*, par l'État et les décideurs. Cela montre aussi l'importance de la divergence entre les conceptions des professionnels de la santé et celles des gestionnaires au

sujet de l'utilité (voire de la nécessité) et des effets de l'informatisation. On peut penser que si les TIC avaient été implantées pour soutenir le travail médical quotidien des professionnels de la santé, ceux-ci n'auraient pas remis en cause leur pertinence voire leur légitimité lorsque appliquée à la pratique clinique. L'objectif assigné à la réorganisation du système socio-sanitaire aurait alors été partagé, peut-on le penser, par les décideurs et les professionnels de la santé, tout comme la conception de la manière d'organiser la prestation de soins (GUISSET, SICOTTE, LECLERCQ, ET D'HOORE). Au contraire, les témoignages que nous avons recueillis indiquent avec éloquence comment la logique productiviste d'implantation des TIC en santé s'est avérée problématique pour le travail clinique quotidien des professionnels de la santé, dans la mesure où leurs tâches ont été alourdies. Sans oublier le fait qu'on leur a imposé une nouvelle manière de travailler qui ne correspond pas à leurs attentes en tant que praticiens ni aux exigences médicales auxquelles leur métier les confronte. Ici encore, cette dynamique met en lumière le sens véritable de l'informatisation du secteur de la santé, mise en place suivant une logique de substitution du travail vivant par de la technique, ce qui impliquait une transformation du travail médical non pas pour améliorer les conditions du travail médical et des soins, mais pour augmenter sa productivité et diminuer par le fait même les coûts des services publics de soins, comme nous l'avons d'ailleurs souligné plus haut.

Ainsi, de cette logique substitutive découle l'adaptation nécessaire des professionnels de la santé aux TIC, plutôt que le contraire. Cela pose problème sur le plan médical, car alors on donne à la raison économique le pouvoir de déterminer comment les services de soins doivent être dispensés. C'est là le problème fondamental posé par cette logique *top down* d'implantation des TIC qui impose celles-ci comme la solution fondamentale, par excellence, à tous les problèmes auxquels est confronté le système socio-sanitaire, alors que pour les professionnels de la santé ce devrait être l'inverse. Pour deux spécialistes en informatique responsables d'un service de génie-biomédical d'un centre hospitalier que nous avons rencontré ensemble, l'idée qui consiste à concevoir les TIC comme la solution à tous les problèmes en santé relève d'une impossibilité<sup>4</sup> :

Il y a peut-être des choses que la technologie va changer, par exemple au niveau de la pénurie des effectifs médicaux. Mais, au niveau des soins infirmiers, jusqu'à un certain point. [...] [De plus] je ne pense pas que la télémédecine va pouvoir remplacer un spécialiste. [...] Le ministère tente de forcer la centralisation des expertises, en pensant que la télémédecine va permettre de combler les besoins en région, ce qui leur permettrait de faire des économies, notamment sur les équipements médicaux qu'ils n'auraient pas besoin d'acheter dans toutes les régions. Je ne suis pas certain qu'on surmonterait tous les problèmes. [...] Que fait-on s'il y a une panne de réseau, un télémanipulateur, une construction qui coupe un câble ? Si on utilise le satellite, il peut y avoir des ondes brouillées et toutes sortes de problèmes. Que fait-on dans un tel scénario ? Je ne pense pas qu'on doive investir massivement dans la télémédecine pour prouver sa faisabilité.

Ce témoignage laisse entendre que le développement des TIC dans le secteur de la santé aurait eu avantage à favoriser, autant que faire se peut, une certaine harmonie avec les professionnels de la santé, car ce sont eux au bout du compte qui sont appelés à les utiliser dans leur pratique quotidienne. De ce fait, on aurait au moins contribué à satisfaire les

---

<sup>4</sup> Certains auteurs, dont Pascal et al., réfèrent d'ailleurs, à ce propos, aux fantasmes de certaines gens à l'égard des TIC en santé (2002, p. 323-325).

attentes des professionnels de la santé fondées sur leur autorité légitime tenant à leur savoir et à leur éthique de pratique. Ce qui aurait conduit à adopter une logique de complémentarité plutôt que de substitution, comme c'est le cas pour la plupart des projets expérimentaux de TIC en santé issus des initiatives provenant des professionnels de la santé eux-mêmes, selon une logique *bottom up*, tel que l'ont montré Carré et Lacroix (CARRÉ et LACROIX, 2001, p. 258-259) Cette logique de complémentarité permettrait éventuellement de concilier, dans la mesure du possible, la qualité des conditions du travail médical et des soins et la possibilité de diminuer les coûts des services de soins, puisque à terme l'amélioration de la qualité du travail médical entraîne de meilleurs soins, une meilleure prise en charge de la maladie et des patients, qui à leur tour améliorent le recouvrement de la santé, ce qui ultimement permet une diminution des coûts. Autrement, ce sont la qualité des conditions du travail médical et la qualité des soins qui sont voués à l'effritement au nom des économies que les décideurs voulaient, et veulent encore, obtenir.

Les enjeux se situent donc en terme de qualité des soins, puisque tel est d'abord et avant tout la finalité d'usage des services publics de soins. Soulignons que l'amélioration de la qualité des soins dépend, en grande partie, du temps que les professionnels de la santé peuvent consacrer à leurs patients, à soigner, comme plusieurs l'ont déjà montré<sup>5</sup>. C'est cette qualité du travail médical qui repose sur le «temps nécessaire requis» qui détermine, fondamentalement, ce que nous avons nommé l'efficacité clinique et thérapeutique<sup>6</sup> des services de soins, donc la qualité, comme condition centrale de l'amélioration de l'état de santé d'un patient. Or, les témoignages que nous avons recueillis auprès de nos informateurs professionnels de la santé nous conduisent à penser que la logique productiviste, celle qui détermine le sens de l'informatisation *top down* de la pratique médicale, débouche sur l'altération de ce temps nécessaire requis à la qualité du travail médical, en le comprimant, ce qui en toute logique ne peut que «comprimer» les soins, en diminuer l'efficacité clinique et thérapeutique.

#### **4. CONCLUSION : UNE INFORMATISATION *TOP DOWN* QUI CONDUIT À L'EFFRITEMENT DE LA QUALITÉ DES CONDITIONS DU TRAVAIL MÉDICAL**

Comme nous venons de le souligner à partir de l'analyse d'un certain nombre de documents officiels (point 2), l'informatisation des services de soins représente, pour les décideurs, le moyen par excellence pour augmenter la productivité du travail médical et ainsi réduire les coûts des services de soins assumés par le secteur public. Une productivité qui se conjugue avec la contrainte pour les professionnels de la santé de devoir traiter le plus de patients possible dans un temps comprimé. Pour les décideurs, il s'agissait d'imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique.

---

<sup>5</sup> Voir entre autres BÉRAUD, C., «Apprendre à soigner», dans Keller Pascal-Henri et Pierret Janine (dir.), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, Éditions La Découverte et Syros, 2000, p. 137 ; OULÈS, J., *La psychologie médicale*, Privat, 1996, p. 94 et suivantes ; et LE BRETON D., «Réflexions sur la médicalisation de la douleur» in Aiach Pierre et Delanoë Daniel (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Anthropos, 1998, p. 159-174.

<sup>6</sup> L'efficacité clinique et thérapeutique peut être définie comme un indicateur de l'amélioration de la qualité du travail des professionnels de la santé – à la fois sur le plan diagnostique et thérapeutique – telle que jugée et validée par ces derniers en fonction de leur efficacité, c'est-à-dire suivant leur capacité à obtenir des résultats (effet médical attendu) qui se traduisent à la fois par une amélioration des services offerts à la population et par une utilisation cliniquement et médicalement adéquate des ressources mises à leur disposition (efficacité opérationnelle).

Dans cette logique productiviste *top down*, on peut penser que l'État et les décideurs n'ont pas comme souci premier l'amélioration des conditions du travail médical et des soins (efficacité clinique et thérapeutique). Au contraire, on constate, à la lumière des témoignages de certains professionnels de la santé, que tout n'a de sens que par la réduction des coûts des services de soins assumés par le secteur public. On peut donc identifier une contradiction fondamentale entre la façon dont l'informatisation est menée, laquelle donne forme et sens à cette nouvelle organisation des soins modelée autour des TIC, et la nature même des services de soins et leur finalité d'usage. Celle-ci n'a d'ailleurs pas vraiment été prise en compte par les décideurs, obnubilés qu'ils étaient et qu'ils sont toujours par l'idée d'implanter et de déployer les TIC suivant une logique substitutive du travail vivant des praticiens où ces dernières sont investies, d'abord et avant tout, de la capacité de réduire les coûts des services de soins assumés par l'État. Ce qui ultimement ne pouvait que conduire à la dégradation des conditions du travail médical et des soins, comme plusieurs professionnels de la santé l'ont d'ailleurs affirmé.

Au cœur de cette problématique liée à l'informatisation *top down* de la pratique médicale se situent de nouvelles contraintes imposées au travail quotidien des professionnels de la santé sur le terrain. Ceux-ci ont insisté sur le fait que l'informatisation de leur pratique, lorsque mise en place de façon *top down*, entraînait plusieurs problèmes quant à la possibilité d'améliorer leur pratique. Par leur expérience clinique et les commentaires qu'ils reçoivent de la part de leurs collègues, ces professionnels sont en mesure de témoigner des problèmes qui se posent en termes de non-soutien à la pratique clinique et de non-amélioration des conditions de travail. Ce qui pose un certain nombre d'enjeux éthiques, sociaux voire politiques, que soulèvent ces problèmes cliniques directement attribuables à l'informatisation *top down* des soins.

Il importe, finalement, de prendre distance à l'égard de l'informatisation du secteur de la santé dont plusieurs pensent, on devrait dire croient, qu'elle viendra solutionner tous les problèmes auxquels le système sociosanitaire est confronté. C'est là toute la problématique du syndrome du tout informatique selon lequel «le doute n'est plus permis au sujet des potentialités des TIC» (CARRÉ et LACROIX, 2001), dès lors qu'on succombe à la fascination technologique – on pourrait dire au déterminisme technologique – comme l'ont indiqué plusieurs dont Panico et Pascal et al. Il ne s'agit pas de cerner uniquement ces potentialités, mais surtout de comprendre les mécanismes qui les rendent possible, et qui sont aussi à la base d'un certain nombre de problèmes qui soulèvent plusieurs enjeux tel que nous venons le souligner.

## BIBLIOGRAPHIE

AIACH, P. et DELANOË (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Anthropos, 1998.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, [Page consultée le 29 septembre 2002], «L'augmentation de la demande de services est responsable des difficultés budgétaires des hôpitaux», [En ligne], Adresse URL : <http://www.ahq.org/info/nouvelles/presse/c060700.html>

BONNEVILLE, L., «La mise en place du virage ambulatoire informatisé comme solution à la crise de productivité du système sociosanitaire au Québec (1975 à 2000)». Thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2003.

CARRÉ, D. et LACROIX, J.-G., *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, L'Harmattan, 2001.

COMITÉ CONSULTATIF SUR L'AUTOROUTE DE L'INFORMATION, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, CCAI, 1995.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, Gouvernement du Québec, 1998.

GUISSET, A.-L., SICOTTE, C., LECLERCQ, P., ET D'HOORE, W., «Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux», *Sciences Sociales et Santé*. vol. 20, no 2, p. 65-104.

KELLER PASCAL-HENRI et PIERRET JANINE (dir.), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, Éditions La Découverte et Syros, 2000.

LEHOUX, P., SICOTTE, C., DENIS, J.-L., BERG, M. et LACROIX, A., «The theory of use behind telemedicine : how compatible with physicians' clinical routines ?», *Social Science and Medicine*, no. 54, 2002, p. 889-904.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, MSSS, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, MSSS, 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, MSSS, 1996.

OULÈS, J., *La psychologie médicale*, Privat, 1996.

PASCAL, C., GARCIA, E., FRAISSE, S. et PIOVESAN, D., «La télémédecine, entre fantasme et réalité. De la fascination technique aux besoins des utilisateurs», *Santé et Systémique*. no. 1-2-3, vol. 6, 2002, p. 321-336.

ROCHON, J., (lettre adressée aux Présidents(es) des Régions régionales), *Nouveau partage des rôles au sein du secteur sociosanitaire en matière de gestion des technologies de l'information*, Octobre 1997.

SECRÉTARIAT DE L'AUTOROUTE DE L'INFORMATION, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information. Document de travail et de consultation*, SAI, 1996.