

Art infirmier et numérisation

Par Fadma Amjahad, Marie Vialars (infirmières et membres de la Santé en lutte)
et Guillermo Kozlowski (chercheur-formateur CFS asbl)





Pour citer ce document : AMJAHAD.F., VIALARS.M. et KOZLOWSKI.G., « Art infirmier et numérisation », CFS asbl, 2021.

URL : http://ep.cfsasbl.be/IMG/pdf/art_infirmier_et_numerisation.pdf

Toutes les publications sont disponibles gratuitement sur <http://ep.cfsasbl.be> (rubrique publications)

Pour contacter l'auteur : guillermo.kozlowski@cfsasbl.be

Collectif Formation Société – pôle Éducation permanente – rue de la Victoire 26 – 1060 Saint-Gilles

Avec le soutien de :



Art infirmier et numérisation

Par Fadma Amjahad, Marie Vialars (Infirmières aux urgences, membres de la santé en lutte)
et Guillermo Kozlowski (chercheur-formateur CFS asbl)

Les dispositifs numériques se présentent très souvent comme le simple ajout d'un nouveau possible. On implémente ces outils digitaux avec l'argument qu'ils sont simplement une aide, qu'ils n'apportent qu'un plus, qu'ils ne feraient qu'accroître les possibilités d'action des travailleurs sur le terrain. Mais ce qu'ils détruisent et ce qu'ils modifient n'est pas mis sur la balance. Par exemple, quand un dispositif informatique modifie l'admission des patients ou la prise en charge des gardes de nuit, on ne regarde que rarement quel savoir disparaît : qu'est-ce qu'on ne sait plus faire ? On ne regarde pas non plus ce qu'on invente en dehors de ces nouveaux dispositifs ? Chaque mode de savoir prend en compte certains éléments d'une situation, produit ses données d'une manière singulière. Quels éléments sont privilégiés par la numérisation des hôpitaux ? La question ne se résout ni dans une addition porteuse d'espoir, ni non plus dans une soustraction teintée de nostalgie... Plutôt quelque chose de plus complexe à examiner : comment les travailleurs composent avec ces outils ? Mais aussi, quels savoirs ils produisent sur ces outils ?

Il est devenu assez courant d'effectuer des recherches sur la virtualisation du travail. Il l'est un peu moins que ces recherches s'effectuent à partir du savoir des travailleurs. Qu'elles prennent en compte les différentes dimensions de ce savoir. Le savoir « professionnel » : la manière de soigner un patient, de nettoyer des bureaux, de conduire un train. Le savoir « syndical » : comment défendre ses droits, comment en acquérir des nouveaux, comment contrer une hiérarchie. Le savoir « d'expérience » : les savoirs acquis avec le temps, transmis entre pairs, la manière dont le corps est affecté par une manière de travailler. Toutes ces dénominations sont approximatives et la séparation entre ces savoirs assez artificielle, c'est peut-être une des données du problème...

En tout cas c'est à partir de cet ensemble de savoirs que nous allons questionner l'implémentation massive de dispositifs digitaux dans les hôpitaux. Et ceci dans les deux sens : quels savoirs les travailleurs

ont sur les dispositifs numériques mais aussi quels effets ont ces dispositifs sur les savoirs des travailleurs.

Parmi les travailleurs des hôpitaux il y a des savoirs liés à des pratiques très diverses, ici il sera question de penser à partir du savoir des infirmier/ère s. D'autres choix étaient possibles, notamment celui des médecins, mais celui des infirmier/ères se justifie parce qu'il s'agit d'un savoir plus difficile à formaliser. Les médecins peuvent accepter plus facilement un bilan biologique comme transcription de l'ensemble d'une situation, y voir une base suffisante pour établir un diagnostic. Mais, lorsque des infirmier/ères doivent appliquer un traitement, il y a toute une série d'autres éléments qui s'imposent, dont il faut tenir compte aussi. L'aspect biochimique du corps est toujours présent, mais en tant qu'infirmier/ère, plus qu'ailleurs, il est difficile de faire disparaître, de minimiser, ou de mettre au deuxième plan d'autres dimensions.

Les infirmier/ères ont affaire à un corps sensible, avec une histoire, une culture, des tropismes, un poids... la présence de la personne est plus difficile à ignorer lorsqu'on voit qu'elle a mal, lorsqu'il faut la soulever pour effectuer des soins, lorsqu'elle parle, lorsqu'elle a des relations familiales, des amis. Les infirmier/ères ont donc un savoir, des pratiques, de ce qui chez un patient n'est pas réductible à des informations standardisées. Par ailleurs, mais il y a peut-être un lien de cause à effet, ce sont massivement les infirmier/ères qui mènent en Belgique la lutte pour la santé. C'est justement dans le cadre des activités de La Santé en Lutte que nous nous sommes rencontrés avec Fadma, Marie et Denis et mes questionnements sur la numérisation ont croisé leurs problématiques dans les hôpitaux. C'est aussi dans le cadre de la lutte pour une santé de qualité pour tous que s'inscrit notre travail.

Ce travail en commun a commencé il y a environ trois ans par une rencontre, dans le cadre d'une formation co-organisée par ITECO et CFS, à laquelle des membres de La Santé en Lutte avaient été invités. Ensuite nous nous sommes proposés de travailler ensemble à quelques-uns cette question. Lors d'une troisième rencontre (Marie, Fadma et Guillermo) nous avons enregistré la réunion de travail qui constitue l'ossature de ce texte.

Dans tous les sens

Au bout de quelques minutes de cette discussion enregistrée, Marie remarquait : On part dans tous les sens, mais c'est lié au système informatique. Cette sensation il faudrait arriver à la préciser mais il est important de ne pas la faire disparaître et de se coltiner les problèmes qu'elle contient.

Pour comprendre les effets de la numérisation il faudra tout d'abord ne pas faire disparaître ces départs dans tous les sens, ils font partie du problème. Si on les supprime par commodité, par volonté d'aller plus vite, parce que c'est gênant, parce que cela semble peu sérieux, parce que « à l'écrit ça ne passe pas », parce que ce serait plus clair ou plus élégant d'avoir un raisonnement plus linéaire, ou plein d'autres raisons possibles et imaginables, on aura laissé de côté une partie du savoir.

C'est avec cette intention que nous avons laissé une large place à la transcription de notre rencontre. Non pas comme preuve, mais parce que la manière d'en parler, les questions, les relances, les tâtonnements, la découverte de liens qu'on n'avait pas saisis auparavant, apportent aussi un savoir sur ce qui s'est passé, sur comment c'est pensé, comment certains aspects sont difficiles à repérer.

Ces transcriptions ne constituent pas un objet d'analyse qui sera expliqué par des réflexions d'une portée plus large, elles ont un intérêt à part entière. Garder un élément d'oralité permet, à notre sens, de situer beaucoup plus l'arrivée du numérique, qu'une analyse purement tournée vers l'écrit. Il y a dans la confrontation entre ces deux modes d'expression, une tension intéressante. D'autant plus que la parenté entre le numérique et l'écrit est importante.

De la même manière la structure de ce texte suit la rencontre que nous avons enregistrée, dans laquelle ce sont surtout les deux infirmières travaillant aux urgences, qui sont présentes. Suivre l'enchaînement d'idées permet de garder toutes les associations qu'elles font, des liens qui proviennent du travail, de l'expérience. Ainsi la question des effets produits par la numérisation est particulièrement visible. Par exemple dans l'évolution progressive d'une réflexion, un peu hésitante au départ, bien plus précise par la suite. Car la question est bien là, comment on fabrique des prises sur cette nouvelle réalité. L'ensemble du texte, la transcription de la discussion comme ses commentaires a été revu et corrigé par les trois auteurs lors d'une dernière réunion de travail. Les dialogues enregistrés figurent en italiques.

Des savoirs dévalorisés

Nous n'allons pas faire une histoire de la fonction d'infirmière dans les hôpitaux, ce n'est pas l'objet ici. En revanche il peut être utile de placer brièvement dans l'histoire ce qui était attendu des infirmières lorsque les hôpitaux commencent à se généraliser en tant que lieux de soins. Souvent lorsqu'on étudie les effets de la numérisation, on appréhende les outils informatiques comme sortant de nulle part, en dehors de toute histoire. Ou alors, à l'inverse comme n'étant que des changements infimes... Pour comprendre ce qu'ils modifient il nous semble important d'esquisser

la situation dans laquelle ils arrivent. Avant le XIX^e siècle les hôpitaux sont plutôt des lieux d'accueil pour les pauvres, les fous, les vieux, notamment lorsqu'ils sont malades, mais pas seulement, et il ne s'agit par ailleurs que très peu de les soigner. Ceux qui ont une famille et des moyens ne vont jamais à l'hôpital. Ce sont des lieux qui relèvent plus de la charité que de la médecine, et ils sont gérés en grande partie par des religieuses.

Au XIX^e siècle, lorsque les médecins prennent en charge les hôpitaux, on voit dans l'infirmière une sorte de professionnalisation des savoirs des femmes. La professionnalisation étant essentiellement le fait d'apprendre à bien obéir aux prescriptions des médecins. Apprendre à reconnaître le vrai savoir, un savoir formalisé, et lui être efficace. Fonctionner comme interface permettant de mener à bien ce que la théorie sait. Les bonnes infirmier/ères sont celles qui renoncent à prendre des initiatives en termes de soin, qui ne proposent pas des remèdes de « bonne femme ». Pendant très longtemps il sera question du sourire, de la gentillesse, de la bienveillance des infirmier/ères... et mille autres vertus jugées « féminines », mais pas de « savoir », si ce n'est la discipline.

Néanmoins il y a un effet « collatéral » de cette vision, juger un savoir peu noble produit une zone de flou dans le regard du savoir noble qui ne daigne pas trop s'y intéresser. Un savoir propre aux infirmier/ères va se développer et se transmettre. Il sera largement invisibilisé, mais aura une place relativement protégée justement par cette invisibilité.

La numérisation n'arrive pas dans un territoire vierge. Elle ne va pas tout changer, cependant elle introduit une donnée un peu nouvelle. La différence du savoir formalisé par l'intermédiaire du numérique est qu'il n'a aucune appréhension pour s'occuper de domaines peu valorisés.

Le médecin qui dirige un service dans un hôpital doit laisser une certaine autonomie aux infirmier/ères pour s'occuper de tâches jugées secondaires. Ne serait-ce que parce qu'il n'a matériellement pas le temps de tout contrôler. Un logiciel, lui, a tout le temps qu'on peut lui accorder, ou qu'on est obligés de lui accorder. Et il va transformer toutes ces tâches

peu valorisantes : la toilette des patients, le transport, la nourriture ; en un savoir noble et digne du regard des responsables, fait de chiffres, de statistiques, graphiques, de prévisions. On reviendra sur tous ces éléments dans notre développement. On verra la manière d'évoluer avec la digitalisation. Mais il était important de l'esquisser, même si c'est un peu trop rapidement, dans la mesure où c'est dans ce paysage que la digitalisation s'implante. Or situer la numérisation nous semble important pour lui enlever une part de fantasme. Sortir de l'alternative entre « ça change tout » et ça « ne modifie rien ». Trouver où les choses sont transformées par le numérique, parce que c'est là qu'il y a une prise possible.

Arrivée du numérique

Des outils numériques sont présents dans les hôpitaux depuis longtemps. Il y a certainement des histoires à faire de ces divers outils. Les modifications apportées par l'imagerie médicale par exemple. Avoir une image du corps en mouvement, suivre le fonctionnement du cerveau, etc. ont certainement modifié le rapport à la santé. Ces recherches sont bien entendu légitimes et souhaitables. Mais nous allons ici prendre un point de départ en quelque sorte opposé.

Non pas regarder l'implémentation d'outils et nous demander qu'est-ce qu'ils modifient, mais chercher à partir du savoir des infirmier/ères quand est-ce qu'elles repèrent l'arrivée du digital. C'est-à-dire placer la numérisation dans l'histoire du savoir de terrain, plutôt que le savoir de terrain dans l'histoire de la numérisation. Du coup notre histoire commence au moment où la numérisation prend assez d'importance dans la pratique des infirmier/ères pour qu'elles le repèrent.

-En 2012 il y a un système informatique qui se met en place et ça change tout. Il y a deux aspects. D'une part la visualisation de la salle. Une interface informatique nous dit où est le patient, et ça c'est très bien. On peut visualiser tout le trajet du patient, où il est physiquement à ce moment précis, s'il est dans tel ou tel box, s'il est à la radio... ça c'est bien.

-Et ça fonctionne comment ? C'est automatique ?

-Non, ça c'est nous qui changeons manuellement. C'est nous qui déplaçons le patient de façon informatique et on le met dans certaines cases. Avant il y avait un gros tableau où on collait l'étiquette du patient, pour savoir s'il était dans le box 1 ou dans la salle d'attente par exemple. Maintenant l'interface est informatique, et ça c'est bien.

-Ça c'est une chose, l'autre est qu'avant on avait une feuille A3 pliée en deux et on notait les médicaments et les traitements et maintenant ceci se fait au niveau informatique. Mais ce qui a beaucoup changé ce sont les planifications. L'outil informatique permet de planifier les soins. Par exemple dans quatre heures je dois reprendre le paramètre. Quatre heures plus tard ça se met en rouge.

Maintenant tout le monde a une visibilité de ce qu'il y a à faire. A un moment je sais que je m'étais fâchée lors d'une réunion d'équipe parce que, ça parlait d'une bonne volonté, mais il y a des collègues qui voyaient du rouge chez un patient qui n'était pas à eux et du coup ils allaient mettre le traitement pour toi. C'est dangereux, je trouve, je suis contre ça, enfin je suis pour, mais il faut qu'on te prévienne. J'ai déjà évité une catastrophe, la mort d'un patient, heureusement que la personne est venue me prévenir qu'elle allait donner un traitement à un patient, j'ai pu lui dire de ne surtout pas le faire. En fait le médecin s'était trompé de médicament. Dans les box il y avait deux patients, un AVC ischémique et un autre avec un AVC hémorragique.

-Parfois c'est tellement le bazar qu'un intérimaire arrive et on lui dit « tu fais les rouges ». Et c'est horrible en fait, parce qu'il peut faire des erreurs.

Cette description du moment où le numérique devient repérable donne corps au premier constat que Marie avait partagé : ça part dans tous les sens.

Tout d'abord le numérique rend service, c'est bien, puis peu à peu on constate que les effets échappent à tout le monde, qu'ils prolifèrent dans tous les sens, que ces outils modifient en profondeur la pratique, les acteurs, les relations. La question maintenant sera non pas de donner une explication univoque, de dire quel est le « véritable » sens de l'arrivée du

numérique, mais de prendre le temps de revenir sur tous ces sens, d'explicitier un peu les effets. De trouver des manières de les penser qui aident à produire une prise.

Il y a déjà un premier constat qui s'impose, même un dispositif relativement simple, le système décrit précédemment n'est finalement qu'un traçage des patients, doublé d'une sorte d'agenda partagé, produit des effets en chaîne, qui changent beaucoup de choses. Mais, histoire de ne pas être sidérés par la digitalisation, suivons le déploiement de ce qui est ici condensé ; une fois situé c'est beaucoup moins confus.

Pas besoin de faire des présentations

-On ne nous a pas formées, et du jour au lendemain c'est arrivé. Il n'y avait personne pour nous aider, pour nous dire qu'est-ce qu'il fallait remplir, comment... Du jour au lendemain on a été mises devant le fait accompli.

-C'est arrivé quand ?

-2012 ou 2013, Moi j'ai été engagée en novembre 2012 et j'ai dû travailler deux mois sur du papier. Ça fait un moment, depuis ça a été amélioré... enfin, non, il n'y a pas eu tellement de modification sur l'outil lui-même.

-Il y a eu des mises à jour. Mais moi ce que je reproche c'est qu'on ne nous a pas demandé, qu'on ne nous l'a pas présenté déjà, et qu'on ne nous a pas dit comment l'utiliser. Si on nous avait dit voilà ce que cela va vous aider à faire, ou qu'est-ce qu'il permet de faire, l'outil aurait pu être amélioré.

-Je pense.

La numérisation n'est pas présentée comme un changement important, mais comme une simple amélioration, voire une évolution naturelle. Très souvent l'implémentation de ces outils est amenée comme un « rattrapage », on était en retard et on se remet à niveau. Il n'y a pas tellement à en discuter, et ne pas savoir se servir « naturellement » de ce qui est présenté comme un développement « naturel » est

presque une preuve d'incompétence. Ces innovations s'accompagnent parfois d'une volonté de choquer, de produire un électro-choc disent souvent les adeptes du néo-management aux méthodes disruptives. Ne pas présenter ces outils, encore moins les élaborer avec les travailleurs, mais les confronter à ce que de leur point de vue est une sorte de principe de réalité. Tout l'argumentaire suit : voici le vrai monde, ce n'est pas un choix, ça s'impose tout seul. Cette brutalité, cette manière de disqualifier toute tentative de comprendre ce qui est en train d'être fait, rencontre à la fois un certain type de gestion et plus largement un imaginaire de la technique.

C'est ringard de demander, de poser des questions, cela prouve que l'on n'est pas très au courant des choses. Cet imaginaire aide à la fois à implémenter toutes sortes de technologies, si vous n'avez pas le dernier modèle vous êtes dépassé ! Mais aussi en tant que travailleur, si vous ne savez pas suivre telle ou telle innovation, c'est que vous êtes dépassé... ce qui donne un avantage au patron. Toute question est illégitime parce qu'elle ne se pose déjà plus, parce que la nouveauté qu'on va implémenter est déjà la norme, ou parce qu'il est évident qu'elle va le devenir. Poser une question disqualifie tout de suite son locuteur, s'il demande pourquoi c'est la preuve qu'il n'est pas au courant de la réalité des choses aujourd'hui.

Modifier l'outil ?

-Il y a eu un cahier où on pouvait noter les dysfonctionnements. C'est peut-être une question plus large que simplement l'informatique, mais avec l'informatique on nous demande toujours d'envoyer des mails et on n'a jamais de retour. La démarche de demander à ceux qui l'utilisent ce qu'ils en pensent est très bien, mais souvent les choses ne sont pas modifiées et on reste dans le vide, on ne nous dit pas pourquoi.

-Moi, ce que je sais c'est que l'outil informatique que nous utilisons a été conçu par une entreprise privée et ce n'est pas l'hôpital qui gère le logiciel, mais l'entreprise privée. Donc, toute modification est payante. Même si nous voulons changer quelque

chose, les informaticiens de l'hôpital n'ont pas l'autorisation de le faire. Il y a un gros enjeu financier.

-C'est vrai, je n'avais pas pensé à ça. En plus, nous avons un système informatique de garde, alors s'il y a un bug le week-end, personne ne peut rien faire jusqu'au lundi.

Il est question avec les outils informatiques d'apporter simplement un plus. Or, dès que l'histoire est un peu mise à plat, on constate qu'il est aussi question de perte. Ici on voit une perte de réactivité, le système est difficile à modifier ou dans certaines conditions à réparer. Certes c'est lié à la manière de l'implémenter et non directement à l'informatisation. Le problème est que l'informatisation ne peut pas être séparée des conditions matérielles dans lesquelles elle est réalisée. Cette digitalisation existe dans un monde où la manière d'évaluer les coûts favorise les entreprises privées, où l'efficacité est pensée dans l'immédiat et évaluée avec des outils forgés par et pour le néo-management.

Il est aussi question, plus largement, d'avoir un nouvel interlocuteur qui prend une place certaine sans que soit formalisé son statut. L'entreprise qui apporte ce logiciel n'est pas un fournisseur, comme pouvait l'être la papeterie qui vendait les agendas en papier, ni un prestataire comme l'entreprise qui répare les ascenseurs. Dans ces deux cas il n'est pas question de modifier le fonctionnement de l'hôpital. Ici le prestataire informatique possède les codes d'accès, pour gérer et modifier des services devenus essentiels.

-Je trouve que l'outil informatique c'est beaucoup plus abstrait que le papier, le papier il y a la matière... On a dû s'habituer à ça, mais maintenant quand on doit utiliser du papier c'est difficile, parce qu'on s'est habituées.

-Il y a des points positifs aussi. Alors il y a des points positifs, il est bien d'avoir des outils, mais des fois il ne faut pas que la machine pense à notre place. Par exemple, là c'est très bien, nous on doit prendre les paramètres du patient toutes les quatre heures, (température, tension, pulsations, etc.), avant on devait penser « Tiens ce patient je dois aller le réparer », on devait avoir ça dans un coin de la

tête... Là-dessus l'outil informatique c'est une bonne aide, un point rouge sur l'écran nous indique que l'on doit aller prendre tel ou tel paramètre. C'est un bon outil, mais il y a un truc des fois, que je n'arrive pas à palper, qui me dit : « Tiens, je n'utilise pas mon cerveau... » Mais c'est vrai que c'est une aide...

-Oui, c'est une aide mais des fois c'est l'outil informatique qui va nous dicter ce qu'on doit faire. Par exemple maintenant il y a le nouveau programme avec le WS. En fonction de ce qui a été encodé il nous dit : « Dans deux heures il faudra reprogrammer tel paramètre. »

-Donc la machine pense à ta place.

-La machine pense à ta place, alors que parfois tu te dis : « Pourquoi refaire ça, alors qu'il n'y a aucune raison. »

-Pour expliquer ça, c'est un nouvel outil informatique. Parfois on met en place des outils pour faire des recherches. Là c'est une nouvelle étude qui sert pour améliorer les transferts des patients dans différentes unités. Du coup, selon des critères élaborés par des médecins et des chercheurs ils ont formalisé les choses avec des scores dans un outil informatique. Si le patient a quatre points il peut monter, s'il a un point il ne peut pas monter. Mais quel est notre sens clinique?

-C'est nous retirer notre jugement clinique... comment on peut expliquer ça... c'est nous retirer notre savoir. C'est l'intelligence artificielle qui va nous dicter.

-Je n'ai pas encore eu ça.

-Parfois tu indiques une température de 39° et la machine t'indique que tu dois contacter l'USI (unité de soins intensifs). Tu vois des choses qui ne sont pas logiques en soi.

-Oui, la personne peut avoir 20 ans, une grippe, elle a 39°, mais ça va. En fait c'est un peu déshumanisé.

-Ils veulent créer des critères sur une personne type, mais derrière ça il n'y a pas l'âge de la personne, la

condition sociale, physique, les soins qu'elle demande... tout est mis en chiffres.

- Ça ne prend pas en compte le poids non plus, or pour certaines pathologies c'est une donnée importante.

Lorsqu'un savoir, même s'il semble basique comme l'utilisation de fiches sur papier, n'est pas utilisé, il déperit, c'est un autre élément peu pris en compte. Cela n'implique pas que tout changement est illégitime, mais cela invalide le discours sur une évolution naturelle, sous la forme d'une simple amélioration. Il y a une négativité qui n'est que rarement prise en compte avec la digitalisation. On ne fait pas qu'ajouter, on soustrait aussi des possibles.

Cette problématique est autrement plus inquiétante lorsqu'il s'agit directement de soins. D'une part parce que la machine ne prend en compte qu'un certain nombre de données. La quantité de données pouvant être déterminantes est grande, de plus ces données prennent sens ou non dans certaines configurations. L'âge, le poids ou la température par exemple peuvent être plus ou moins importants dans tel ou tel diagnostic précis. Mais en même temps le type de diagnostic pertinent va se décider en partie à partir d'un choix parmi ces paramètres.

Il serait possible de numériser un très grand nombre de paramètres, le problème est que cela prend du temps, et rend les algorithmes nécessaires pour les traiter très compliqués. Des algorithmes très sophistiqués impliquent de leur laisser beaucoup de pouvoir, parce qu'au bout d'un moment personne ne sait exactement qu'est-ce que la machine a calculé pour arriver à son diagnostic. L'auscultation d'un praticien expérimenté peut aller beaucoup plus vite et s'avérer bien plus pertinente.

L'ordinateur n'est pas toujours un avantage. D'autant moins si une habitude se crée de lui laisser la décision. D'autant moins si les savoirs qu'il modélise sont seulement ceux des médecins et qu'il évacue ceux des infirmier/ères. D'autant moins si les rapports hiérarchiques obligent les infirmier/ères à suivre les préconisations à la lettre. Il ne s'agit plus ici seulement d'invisibiliser les savoirs des

infirmier/ères, comme cela se faisait depuis que la profession existe, mais de les remplacer. Ces savoirs méprisés avaient leur place, avec le numérique elle va être contestée.

C'est une méconnaissance du savoir employé par les infirmier/ères, réduit par des informaticiens ou des managers à une suite de décisions standardisées, qui les amène à penser que ce savoir est modélisable, et que la machine le ferait mieux. Ces outils ne sont pas conçus depuis le terrain. La participation du management à la conception de ces outils est très courante et, à l'inverse, celle des travailleurs rares, et le plus souvent seulement lorsque l'outil est déjà finalisé.

Mais il y a une raison peut-être plus profonde. Il y a une conviction très forte dans les milieux de la programmation informatique, et bien au-delà, que la pensée humaine fonctionne elle aussi comme un algorithme. Par exemple qu'une infirmière aux urgences réaliserait elle aussi un raisonnement de type arborescence, avec plein de « si... alors... ». Introduire la machine ne serait qu'une manière de réaliser ceci plus vite et sans erreurs. Or, justement, une infirmière expérimentée ne pense pas de cette manière, elle va beaucoup plus vite, elle a directement une image.

Par exemple, lorsque quelqu'un arrive aux urgences, la personne au tri n'effectue pas une suite d'évaluations, température, âge, poids, etc. comme le fait l'algorithme. Une infirmier/ère expérimentée n'a pas besoin d'établir une sorte d'arborescence avec tous les critères possibles. Elle est capable de prélever des signes beaucoup plus rapidement, d'établir un jugement clinique, d'autant plus pertinent qu'elle peut mettre le patient dans une position active. Car l'expérience c'est aussi la capacité à aider le patient à dire ce qui lui arrive. Traiter quelqu'un comme une somme de données qu'il doit fournir passivement pendant qu'on ne le regarde pas parce qu'on est fixé sur son écran n'est pas seulement mal poli, c'est aussi profondément inefficace.

C'est aussi une méconnaissance du savoir employé par les infirmier/ères, réduit par des informaticiens et des managers à une suite de décisions standardisées, qui leur permet de penser que ce

savoir est modélisable, et que la machine le ferait mieux.

L'enjeu est d'autant plus important que les savoirs non utilisés disparaissent. Et que d'une manière générale, l'informatisation installe l'habitude de ne pas penser : réagir lorsque le voyant rouge s'allume, compter des points... Il est difficile de garder son cerveau éveillé lorsqu'on est confrontés à des stimuli aussi pauvres, il est difficile de participer à la réflexion dans ces conditions. On peut obéir à la machine ou tenter de l'éviter, mais il n'y a pas de place pour interagir avec elle. Ce n'est pas facile d'inventer un rapport avec des outils aussi prenants, mais ce qui rend la chose presque impossible ce sont des choix de management.

La place de l'outil

-L'étude permet d'établir toutes sortes de statistiques, mais ce ne sont que des chiffres.

-Ils produisent des statistiques ?

-Oui, en fait je pense que cet outil a été créé parce qu'il n'y a pas assez de médecins résidents. C'est-à-dire des médecins expérimentés, seniors, employés par l'hôpital. Beaucoup des médecins présents sont des étudiants. Du coup, je parle des hôpitaux publics, des CHU, beaucoup d'étudiants font des gardes la nuit, et parfois ne savent pas trop s'ils doivent monter un patient la nuit. Ou, parfois, ils doivent aller en salle voir un patient qui ne va pas bien... Le mieux serait d'avoir un médecin senior qui gère, mais ils n'ont pas assez de personnel médical pour gérer les patients qui ne vont pas bien en salle. Ils veulent donc créer cet outil pour que, en amont, il y ait moins de patients qui se détériorent en salle. C'est surtout pour la nuit. C'est pour cela qu'ils veulent avoir des statistiques des risques.

-Oui, mais de nouveau on retire l'humain.

-Oui, c'est ça.

-Au lieu de créer des postes humains...

-...-de proposer des salaires plus adaptés, des postes plus attractifs-...

-Tout ça pour pallier aux manquements voulus. C'est pour cela qu'on va concevoir un logiciel informatique. Comme le personnel infirmier est tout seul la nuit pour 30 lits... Si le patient a des caractéristiques de gravité ou que son état peut se détériorer, au lieu de mettre deux infirmier/ères on va en mettre une, mais ce patient on le mettra dans une autre unité.

-Du coup on le met où ? l'USI, aux urgences ?

-C'est tout le problème...

-C'est-à-dire qu'on demande à l'informatique de faire de la prévision ?

-Oui, c'est ça, c'est prédictif. T'as tel score, donc tu ne vas pas faire une complication.

-Oui, c'est ça.

-Ce qu'on veut c'est retirer des coûts humains.

-« Rationaliser » ... ça fait peur en fait.

-Regarde, rien qu'au niveau secrétariat on va retirer des secrétaires parce que tout est envoyé automatiquement. On a de moins en moins de secrétaires médicales et de secrétaires de salle.

-La facturation aussi...

L'informatique est en opposition avec le savoir des infirmier/ères et plus largement avec un savoir d'expérience, notamment parce que l'objectif qu'on lui assigne est de remplacer l'expérience et non d'être un outil au service d'un personnel expérimenté et compétent.

Remplacer les médecins expérimentés par des étudiants, plutôt que former ces étudiants au contact de praticiens expérimentés. Dévaloriser l'importance de l'expérience du personnel au profit d'une modélisation informatique coûte peut-être moins cher. C'est aussi un mode de gestion du personnel, si l'expérience de ce personnel n'a pas d'importance, ne vaut rien, il est plus facile de lui imposer des conditions de travail inacceptables autrement. Tout comme il est plus simple de recruter un personnel sans expérience si les conditions de travail provoquent un turn-over important.

La chronologie ici est importante, ce n'est pas que l'informatique rend la présence des médecins et des infirmier/ères superflues. Au contraire, elle est implémentée pour pallier le manque de personnel, liée essentiellement aux restrictions budgétaires.

Il ne s'agit pas non plus d'une médecine plus efficace. Pour que la médecine soit efficace il faudrait du personnel expérimenté, travaillant dans de bonnes conditions et, bien entendu, des outils performants. Ce que la prévision informatique amène c'est autre chose, il s'agit certes d'une tentative de réduction des risques liés aux différentes pathologies, mais des risques liés au manque de personnel. Ce manque de personnel ne permet pas de veiller de manière optimale les patients pendant la nuit. Ce qu'apporte l'outil informatique ce sont quelques éléments pour parier à propos de quel patient aura ou pas besoin de soins.

Même si le logiciel s'avère performant, il ne s'agit que d'un pis-aller. Doublé d'un habillage d'un prétendu « sérieux » à destination des patients, du personnel, et d'une certaine manière même vis-à-vis de l'opinion publique : maintenant c'est un logiciel « ultra-moderne » qui fait le tri...

Cet habillage c'est nommer « rationalisation » non pas des mesures découlant d'un raisonnement incontestable, mais des choix liés à des problématiques qui ne sont pas discutées. Ce terme est par ailleurs assez ambigu, puisqu'il signifie souvent non pas faire des déductions rationnelles, mais ne prendre en compte que des éléments pouvant être calculés, ou réduire l'ensemble d'une situation à ce qui est calculable.

Un modèle d'évitement

-Par exemple on demande du personnel en plus, mais les responsables tirent des statistiques par rapport à la fréquentation moyenne, et ils vont répondre : « Non, vous avez en moyenne entre 100 et 150 patients par jour ». Mais pour eux, une personne est un chiffre, or une personne peut avoir un petit problème comme elle peut demander d'énormes ressources humaines au niveau des soins, mais pour eux ça reste une personne.

-J'ai l'impression que ça devient une obsession chez eux. L'autre jour je suis allée chez mon chef n+2, et il m'a dit : « Tiens on a 12% de fréquentation en moins que l'année dernière aux urgences ». Comme je commence à comprendre leur mode de pensée j'ai demandé 12% par rapport à quoi, sur l'année ? Et il m'a répondu que c'était seulement sur le mois de juillet, dans l'année la diminution n'était que de 1,8%. Et il reprend : « Je ne comprends pas où sont passés ces 12%, on est allés voir l'hôpital à côté, ils ont eu une augmentation de la fréquentation, mais ça ne comble pas tous ces chiffres ». Je lui ai encore rappelé que c'était 1,8%... Puis, très inquiet, il m'a demandé si je le sentais sur le terrain. Non, sur le terrain on ne sent pas ça, c'est peut-être 10 entorses de moins sur un mois.

-C'est une obsession chez eux, on dirait qu'ils en sont accros.

-Et c'est en fonction de ça qu'ils vont nous accorder ou pas du personnel.

-Il m'a quand même glissé : « C'est peut-être à cause de la grève qu'il y a moins de patients qui viennent ».

-Des fois il y a quand même du bien. Au moment des grèves nous nous étions servies d'une étude qu'une ancienne cheffe avait réalisée, et qui démontrait qu'il y avait autant de fréquentation la semaine que le week-end. On essaye de pas trop rentrer dans les chiffres, de rester dans le réel, mais là ça permettait de montrer qu'on doit avoir un staff aussi complet la semaine que le week-end. Mais là ça n'a pas marché...

-Ils utilisent les chiffres comme ils le veulent.

L'argument pour proposer des données chiffrées est souvent d'avoir une base concrète, un socle à partir duquel on peut parler de manière dépassionnée. Or, dans les faits on constate assez vite que la simplification nécessaire pour les obtenir, par exemple postuler qu'un patient est égal à un patient, sans tenir compte de l'état de santé du patient, de ses moyens, de la situation dans laquelle il vit, sont simplement une forme d'évitement. Lorsqu'elles sont correctement utilisées les statistiques servent surtout

à poser des questions. Elles n'expliquent pas le pourquoi d'une récurrence mais nous demandent de lui trouver des raisons, elles développent la complexité du réel.

Ici c'est au contraire dans une démarche simplifiante qu'elles sont utilisées, peu à peu pour beaucoup le réel ce sont ces statistiques. En plus de l'efficacité pour désarticuler les questionnements postulés depuis l'expérience : toutes les fois où un responsable va répondre que ce qu'on lui dit n'est pas vrai, parce que les statistiques lui donnent une vision globale qui l'emporte sur les savoirs d'expérience. Il y a aussi un caractère addictif, peut-être même une sorte d'endoctrinement. Les statistiques, les tableaux, les courbes, censées dire la vérité, une vérité épurée de toute contamination humaine, possèdent quelque chose de l'ordre d'une union mystique.

En même temps cette fascination s'estompe souvent lorsque les chiffres contredisent des responsables. Au-delà des imaginaires que l'on peut avoir, concrètement les statistiques fonctionnent souvent comme manière d'éviter les discussions. Le moment tant vanté où ces chiffres permettent de se mettre autour de la table et penser ensemble, ne vient jamais.

En temps réel

-Qui possède ces chiffres ? Les médecins ?

-Les managers !

-Les managers.

-Et pas les médecins ?

-Non, les médecins doivent avoir seulement quelques chiffres.

-Ceux que leur donnent les managers, les chefs. Ce sont eux qui ont les données...

-Ah, oui, il y a un autre truc avec l'informatique. C'est une cheffe que j'adorais, mais elle me disait qu'elle avait accès le week-end à l'écran qui permet de visualiser le service en temps réel, on voit qui s'occupe de qui. Et elle me disait que des fois le soir

elle regardait ce qui se passait aux urgences. Tu te rappelles ?

-Oui, en fait on a l'impression d'être toujours visualisées, on sait en temps réel ce qu'on est en train de faire, on te regarde de partout. Et si par exemple t'as un patient qui demande beaucoup de soins, ça peut être une personne âgée, avec beaucoup de pathologies, alitée, qui nécessite beaucoup de soins de base, les soins peuvent prendre deux heures tandis qu'une entorse à la cheville peut prendre un quart d'heure. Mais dans ce regard c'est une personne. « Comment ça se fait que tu es restée deux heures chez une personne ? ». Ça ne se voit pas avec les visualisations qu'ils ont.

-Je sais qu'il y a des gens qui arrivent à garder un comportement altruiste par rapport à ça, qui arrivent à ne pas se stresser, qui prennent le temps. Mais moi je sais qu'inconsciemment je suis un peu stressée. Je me dis qu'on va me reprocher d'être restée trop longtemps chez un patient, je me dis que je suis trop lente.

-Oui, c'est ça, et derrière ça il y a la productivité, parce que plus tu vois ton nom...

-Oui, ça, ça a changé les rapports dans l'équipe !

-En fait avant on ne savait pas qui s'occupait de qui. Maintenant on a le nom de l'infirmier/ère et le nom du médecin. Tu peux faire des photographies de l'écran et dire M s'est occupée d'autant de patients. Mais si elle s'est occupée de dix patient légers et moi de deux patients lourds, ça on ne le verra pas.

-Pour rebondir là-dessus, ça a changé un peu les rapports entre nous. Quand des nouvelles sont engagées on voit qu'elles inscrivent leurs noms partout, pour paraître bien, pour dire qu'elles font partie de l'équipe. Mais elles ne peuvent pas tout gérer, c'est un travail d'équipe, du coup elles géraient mal leurs patients, parce qu'elles en avaient trop. Il y avait une visibilité sur tout ce qu'elles avaient en charge, du coup il y a des discussions.

-Maintenant quand on est au tri, on a l'ordinateur entre le patient et nous, c'est une barrière. J'ai une

oreille chez le patient, et l'autre en train d'encoder. Parfois j'ai l'impression d'être une technicienne. J'ai tellement de critères à remplir, tellement de cases, tellement de chiffres, en fait je me demande « Je suis à la banque ici ? ». Or on est obligées d'encoder, et ça prend tellement de temps, et ce temps je ne l'ai pas avec le patient. Et tu remplis, et tu remplis, et tu remplis, et tout doit être justifié.

L'informatique modifie les acteurs eux-mêmes. Les patients, les infirmier/ères, les médecins... Ce qui est visible pour chacun de ces acteurs, ce sur quoi ils peuvent agir, ce qui est évalué chez eux. Ce ne sont pas des informations en plus. Déjà par le simple fait que tout le monde est obligé de produire ces informations, et que cette production prend du temps, oriente le regard, accapare l'attention. Mais aussi parce que ces informations comportent un point de vue sur la pratique des soins, sur les patients, sur le fonctionnement de l'hôpital, et même sur ses objectifs, qu'elles finissent par imposer.

Par exemple l'individualisation de l'évaluation, dans le cas des travailleurs. Les évaluations chiffrées rendent presque automatique la comparaison, les différences sont très visibles, et personne ne se demande beaucoup de quoi elles parlent. En revanche évaluer la capacité d'un groupe à travailler en équipe est beaucoup plus difficile à encoder, voire impossible. Tout ce que l'informatique peut faire, c'est comparer les données chiffrées de deux équipes. Encore une fois comparer ce qui est différent. Mais elle ne peut pas comprendre une situation en profondeur, parce que pour regarder cela il faut une expérience dans le service. Ce type de savoir est par ailleurs moins compatible avec un management centralisé, il permet beaucoup moins de comparaisons hâtives, moins de suivis en temps réel depuis l'ordinateur d'un manager...

Dans le cas de l'accueil du patient il y a aussi un choix. L'encodage de beaucoup de données permet de produire certaines informations, qui peuvent être d'une grande utilité. Cela permet aussi, éventuellement d'engager un personnel sans expérience ou peu formé. Mais en même temps on se prive de la possibilité d'un savoir produit par ces personnes à l'accueil. On se prive aussi d'un échange, puisqu'il n'y a qu'un sens : le patient donne

des informations. Il y a là aussi un certain rapport à la médecine qui est imposé. L'expérience du patient sur sa santé, sur son corps, ne compte pas. Il doit fournir des informations décontextualisées.

Le droit du dossier

-Maintenant, l'envers du décor, quand il y a une plainte d'un patient ou d'un médecin, ou d'une autre personne, peu importe, on va aller regarder dans le dossier, mais le problème est qu'on ne viendra pas demander à la personne ce qui s'est passé. On est des humains, on a plein de choses à faire, il peut arriver qu'on oublie quelque chose. Mais on va se concentrer sur le dossier, on va signaler ton manquement, et on va oublier tout ce qui est autour. Pourquoi est-ce que tu as eu ce manquement ? On ne va pas regarder la journée qui s'est écoulée, on ne va pas regarder la charge de travail que tu as eue. On va seulement regarder le dossier et tu devras te justifier pour tout.

-C'est vrai, je n'avais pas autant pris conscience.

-Maintenant on va dire : « Qui s'est occupé ? » Déjà on va chercher le coupable.

-Et tout est tracé...

-D'abord on va mettre la casquette de l'inspecteur Colombo. On va dire : « Ah, c'est Fadma ! On ira voir le dossier, tout ce que j'ai écrit, tout ce que j'ai fait comme soin. Puis on va me souligner tous mes manquements, mais on ne va pas me demander comment ça se fait qu'il y ait eu manquement ! On va seulement reprocher de ne pas avoir donné tel médicament. J'ai l'impression que l'on va plus prendre en compte la personne qui porte plainte, que le pourquoi du manquement.

-Oui, parce que la personne peut être victime du fait qu'on n'est pas assez... Et si on dit qu'on est à bout, on nous répond : « Prends des vacances ». Mais je ne vais pas être en vacances toute ma vie...

La numérisation n'ajoute pas d'autres manières de communiquer, ces manières de communiquer s'imposent. Dans le même mouvement le choix de données pertinentes comporté par la digitalisation

constitue les acteurs, mais aussi le type de rapport entre ces acteurs.

L'informatique permet de travailler sur de très grands nombres de données très précises, ça peut être fort utile, à condition de comprendre déjà en quoi c'est utile, mais aussi de comprendre les points aveugles. Ainsi l'informatique est très utile pour comparer des éléments faciles à isoler qui ne varient entre eux que de quelques critères bien formalisés. Par exemple comparer l'ADN de millions d'individus. Sa manière de fonctionner, des découpages nets, fait qu'il isole des éléments et les relie par des liens simples et formalisables. A partir de ce point de vue il est facile de comparer l'action des acteurs. Et il est très facile de regarder les gestes de chaque acteur comme ceux qu'il n'a pas réalisés. Mais il est difficile de ne pas perdre ce qu'on nomme souvent le « contexte », c'est-à-dire l'infinité de relations qui ne peuvent être captées et formalisées.

On n'arrête pas de s'extasier sur la « visibilité » qu'apporte le numérique, sans trop se questionner à propos de tout ce qui n'est pas visible. Par exemple : depuis le sommet d'une montagne on peut voir toute la vallée, mais pas voir tout dans la vallée. Le numérique permet de faire des focus, des comparaisons, mais c'est beaucoup moins efficace pour comprendre des fonctionnements collectifs remplis d'interactions difficilement formalisables. Que le numérique ne soit pas valable pour tout n'est pas un problème très grave. Le problème est que, encore une fois, la question est évitée, puisque dans le néo-management un comportement professionnel est assimilé à un comportement formalisable.

L'effet est de rapidement détruire le travail en équipe, c'est-à-dire la manière dont un groupe s'auto-organise, la capacité de prendre soins les uns des autres, de se comprendre. Tout cela disparaît peu à peu parce que non encodable, non évaluable. L'expérience du travailleur, permettra peut-être de contourner cette démarche. En même temps, la dévalorisation des savoirs d'expérience, les rapports hiérarchiques, la formation des nouveaux, vont plutôt produire une autre expérience. Ce sera une expérience de survie : noter son nom partout, encoder n'importe quelle action, privilégier le mode de travail « visible », éviter des situations où on pourrait être

jugé responsable d'une erreur, éviter les tâches « invisibles ».

Une sorte de mauvaise spirale, où le travailleur se trouve de plus en plus isolé et où sa responsabilité individuelle est de plus en plus engagée. Non pas tant vis-à-vis des soins ou du patient ou de la société, que des procédures. Dans ces conditions il n'est pas étonnant que les soucis soient de plus en plus judiciairisés, la loi est justement une formalisation des relations sociales.

Tout ce qui existe

-Et, par rapport à l'encodage, est-ce que la possibilité d'avoir toutes les données dans la carte d'identité ça change quelque chose ?

-Par rapport aux inscriptions ? Ça ce n'est pas nous qui le gérons, mais j'ai l'impression que tout est dans la carte, oui. Elles doivent juste noter le médecin traitant ... Nous on a de la chance par rapport aux médicaments. Il y a certains hôpitaux où il faut encoder ou « badger », puis inscrire le nom du médicament et du patient auquel il est destiné, puis le tiroir s'ouvre automatiquement.

-Comme chez Amazon...

-Exactement, oui, c'est ça.

-Moi j'ai connu ça en tant qu'intérimaire dans certains hôpitaux. Je crois qu'il y a même certains hôpitaux où ça fonctionne avec des empreintes digitales. Ce jour-là je démissionne... Ils en ont parlé, mais pour le moment c'est abandonné.

-Déjà avec notre badge, on a une trace.

-Si je vais au syndicat c'est marqué que j'ai badgé là.

-On sait te tracer sur toute la journée.

-Par exemple, une collègue badgeait lorsqu'elle arrivait, puis allait se changer, ce qui est normal. Une ancienne chef à l'époque était allée lui dire que ce n'est pas comme ça que ça marche, le temps d'habillage n'est pas compté comme temps de travail. Elle avait analysé ses pointages. C'est pour dire que s'il y a un chef un peu malveillant ou

regardant... Je ne pense pas qu'ils ont le temps de regarder toutes les allées et venues, mais si à un moment on s'intéresse à toi, on sait tout tracer C'est un peu oppressant.

-Oui, on réfléchit et on se dit qu'on est quand même surveillées.

-Franchement on l'a vécu avec les grèves, quand on commence à être un peu en désaccord avec la direction... Si par exemple je fais la nuit, et que je m'absente de mon service parce qu'il n'y a pas de charge de travail très grande à ce moment, et que je vais par exemple aux soins intensifs pour discuter 10 minutes avec un autre collègue.

-Ou parce que t'as suivi un patient...

-Oui, ou pour discuter de la grève du lendemain, on sait que tu es sortie du service. Même si les patients n'ont pas été mis en danger, il y a quelque chose qu'ils peuvent utiliser contre toi si ça les dérange.

-Oui, ils peuvent te chercher...

-C'est ça qui est gênant. C'est vrai que là on part dans tous les sens mais en fait tout ça est lié au système informatique.

-Exactement, oui, c'est ça.

-Alors qu'avant...

-On était plus libres, c'était anonyme. Ton job c'était de soigner les patients.

-On a toutes ces caméras aussi... c'est vrai que d'un côté c'est plus sécurisant.

-On en a demandées aussi...

-Mais d'un autre côté tu te dis que qu'on peut te visualiser. On peut être sorties pour fumer une cigarette ou pour parler lors d'un moment de creux, et on peut te voir et de demander pourquoi on n'était pas à notre poste.

-Qui a accès à ces caméras ?

-La sécurité. Mais les managers peuvent demander les images à la sécurité. Ils le demandent surtout avec les images de nuit quand il y a des agressions. Parce que nous aussi on porte plainte des fois...

Le numérique enregistre tout, produit une très grande quantité d'informations et surtout des gigantesques archives, consultables facilement à n'importe quel moment. Comme il est impossible que des humains utilisent l'ensemble de ces informations, il y a deux possibilités : soit choisir ce qui est regardé, c'est-à-dire qu'on n'utilise ces informations que lors d'un incident ou lorsqu'un responsable les demande. Ce qui pose problème dans ce cas est l'arbitraire. Car le type d'information extrêmement pointilleuse que peut produire un système numérique fausse assez facilement les appréciations. C'est un peu comme si tout d'un coup on regardait la table de la cuisine au microscope, on verrait sans doute toutes sortes de micro-organismes inquiétants. On aurait l'impression que tout est sale, que cette table a été très mal nettoyée ce jour-là.

En regardant les informations produites par les badges, les caméras, les informations encodées lors des soins, il apparaîtra certainement quelques instants de détente, un moment de décompression, une cigarette, un coup de fil... Il est très facile d'être atterrés par ces comportements, ou de faire semblant de l'être, et très difficile d'expliquer que ça fait partie du fonctionnement quotidien. D'autant plus lorsque ceux à qui il faut expliquer n'ont pas un savoir d'expérience, ou ne sont pas des gens issus des métiers de la santé mais des managers.

Savoir faire une pause au bon moment est un savoir d'expérience, cela permet d'éviter des erreurs, des burn-out, de travailler véritablement en équipe, mais ce n'est pas quantifiable. Pour que ça fonctionne il faut laisser aux travailleurs la possibilité d'acquérir et utiliser une expérience. Avec les outils numériques ceci n'est pas visible et il est facile pour un management autoritaire de s'en servir comme source presque intarissable de preuves d'une mauvaise praxis.

L'autre possibilité pour gérer le flux de données produit par la numérisation est d'aller plus en avant dans la numérisation, et d'automatiser le processus.

C'est-à-dire de produire des algorithmes qui analyseront ces données et détecteront automatiquement les soucis. Ici l'arbitraire semble écarté, en effet l'algorithme n'a évidemment aucun avis sur rien, il ne fait que calculer. Le problème est que de fait il faut bien établir des critères de ce qui sera considéré comme problématique ou pas. Et, de toutes manières, le résultat de l'application des critères sera évalué par le management qui pourra le modifier s'il estime que les outputs comportent des aberrations (de son point de vue). Ainsi lorsque cette boîte noire soulignera un dysfonctionnement chez un travailleur non seulement l'arbitraire n'aura pas disparu, mais en plus, du fait de l'indifférence de l'algorithme, le résultat sera présenté comme encore plus incontestable.

Fragmenter le patient

-Et tout ce qui est machines connectées ?

-Non, on n'a pas ça encore aux urgences. Il y a longtemps on avait fait une formation avec un outil qui existe au Japon. Un dossier médical informatisé, un outil dans lequel la machine évalue le patient. Je ne me souviens plus très bien.

-On va dans ce sens...

-... on n'a pas encore ça, mais je ne sais plus où, j'ai eu ça.

-Il faut que tous les programmes se parlent pour ça. Évidemment l'hôpital achète à différents fournisseurs. Par exemple, le monitoring cardiaque, elle l'achète à Philips qui a d'autres protocoles que eCare. Il faudrait que l'informatique se regroupe, pour qu'on retrouve toutes les informations dans le dossier eCare.

-eCare c'est notre logiciel aux urgences...

-Le médecin a une visibilité à distance des paramètres du patient ?

-Non, pas encore. C'est justement quand tous ces systèmes seront interconnectés que ce sera possible de voir en temps réel quels sont les paramètres du patient parce que ça sera relié au monitoring, alors on aura tout de suite accès.

-C'est horrible, tout est segmenté. Par exemple les paramètres, ça va être pris par telle personne, telle autre est en charge du patient. Les aides-soignantes vont être en charge des paramètres, du coup c'est ton patient, mais les paramètres c'est quelqu'un d'autre qui s'en occupe. Cette prise en charge globale... je n'ai pas l'impression qu'il y a une volonté d'aller vers ça. Il y a plutôt une rationalisation de la prise en charge, pour aller plus vite. Une prise en charge globale ça prend du temps... ce n'est pas dans l'air du temps.

-Tu disais qu'il y a une augmentation du nombre d'aides-soignantes, c'est lié à ça ?

-Je ne sais pas trop.

-En fait la direction doit faire un choix entre engager une aide-soignante et une infirmier/ère, parce que ça fait partie du même pool. C'est un choix tortueux, parce qu'une infirmier/ère saura tout faire, mais une aide-soignante sera en support pour tout le monde.

-C'est une question de budget ?

-Oui. Alors que ça ne devrait pas remplacer les infirmier/ères, mais venir en support.

-Je posais la question parce que si un logiciel dit de manières très autoritaires ce qu'il faut faire, ça permet d'avoir un personnel moins compétent.

-Clairement. Avec la nouvelle loi qui accorde plus de compétences aux aides-soignantes ils vont en engager plus.

-Il y a aussi un manque de personnel infirmier... Il y a moins de médecins, donc on a confié des actes médicaux aux infirmier/ères. Comme il y a pénurie d'infirmier/ères, des choses que les infirmier/ères faisaient on va les donner aux aides-soignantes. Tout ça pour palier à des manques. C'est-à-dire que si tu es infirmier/ère tu as aussi du travail médical à faire aussi.

Du coup on va nous dire que notre travail est allégé parce que les aides-soignantes sont là.

-Voilà.

-Mais même s'il y a une logique c'est fragmenter le patient. Celui-ci va s'occuper de tel niveau de responsabilité sur le corps du patient, celui-là d'un autre niveau, et un autre va être la tête pensante.

-Clairement avec l'outil informatique quelque part tu deviens bête, tu deviens exécutante.

-Moi on me dit souvent que suis trop rétro, trop réfractaire au progrès. Je trouve que le progrès c'est très bien, je ne suis pas contre la technologie, moi ce qui me gêne c'est la dépendance.

-Oui, parce qu'il va te dire : « Fais ça, ça et ça... »

-J'ai l'impression qu'on pense de moins en moins, puis ça ne donne pas envie.

-Ils veulent développer des sortes de protocoles. Par exemple une personne vient parce qu'elle a mal au ventre. T'auras plus qu'à cliquer « douleurs abdominales » et de là va découler toute la prise en charge. Tu dois plus penser, tu dois... plus rien, t'exécutes ce que la machine va te dire de faire.

-Tu cliques sur un intitulé, puis t'as un menu déroulant, tu dois faire ça, ça et ça... C'est en projet, ce sera dans quelques années.

-Et à nouveau, est-ce que ce sera pour pallier au manque médical, au manque infirmier, ce sont des choses pour pallier au manque ?

-Puis ce seront les familles qui vont pallier au manque d'aides-soignantes.

-On voit beaucoup de médecins qui viennent de l'Est, qui viennent travailler ici, ils ont beaucoup moins de technologie là-bas, du coup ils ont un examen clinique beaucoup plus approfondi. Ils ont une clinique incroyable, ils auscultent leurs patients. Les médecins ici... les anciens ça va, mais les jeunes ils ont un examen clinique qui fait peur. Ils touchent plus les patients.

-Maintenant ils s'intéressent aux chiffres.

-Oui, voilà, les résultats de la prise de sang sur un tableau, si un item n'est pas bon, par exemple le cholestérol, c'est en rouge. Du coup plus d'examens.

-Oui, plus d'examen qui signifie aussi plus de entrées économiques, tout ce qui est imagerie rapporte beaucoup d'argent. Plus tu fais de scanners plus ça rapporte. Comme le dit Marie tu as tout ce panel d'examen qui est disponible, dans 20 ans il ne faudra plus être médecin pour exercer.

C'est ainsi que s'achevait cet enregistrement. La suite du travail s'est passé à distance, par écrit, l'apparition du Covid entre temps n'a pas simplifié les choses. Puis on a organisé une dernière réunion de travail en « présentiel » pour finaliser le texte et lui apporter une conclusion.

Trois ans plus tard...

-Ça fait trois ans qu'on a commencé ce travail, entre temps...

...il s'est passé des choses...

-Je crois que le Covid a stoppé certains projets qui étaient en cours, je ne suis pas sûre... On parlait du système de mesure, quand on trie les patients, dans les paramètres il y a une échelle de gravité. Ça devait être à l'essai, puis en fait c'est toujours là, on ne sait pas ce qu'on en fait, on doit toujours le remplir, mais on ne sait pas si c'est utilisé...

... il n'y a personne qui regarde.

...-on ne sait pas si c'est utilisé ; si ce n'est pas utilisé, pourquoi on le garde ?

-Il n'y a pas de suivi.

-Pas de suivi. Il y a eu le Covid entre temps, et beaucoup de managers sont dépassés.

-J'ai l'impression que ça a avorté le processus de mise en place d'outils informatiques.

-Je crois qu'ils sont plus préoccupés par le manque de personnel que par autre chose. Leur crainte est comment terminer cette année, ils ne savent pas. En plus il y a une semaine en plus de vacances pour les enfants. Qui va être sur le terrain ?

-Ils nous ont fait une vidéo pour nous remercier... et pour nous dire qu'il y aurait certains congés annuels qui vont être supprimés.

-Voilà ! Ils commencent par te flatter, te dire « Merci c'est grâce à vous... », puis à la fin on nous dit : « On demandera à certaines personnes de postposer leurs congés, mais pour tout problème... » Comment c'est dit ?

- « Vous pouvez revenir vers nous si on peut vous aider ».

-Ça c'est la gifle, puis il y a la loi sur la vaccination... les intérimaires non-vaccinés ne vont pas revenir. En plus il y a beaucoup d'intérimaires qui vont travailler dans les centres de vaccination, au niveau physique et mental c'est mieux. Tu passes la journée à faire des injections sur des gens qui peuvent marcher, il n'y a pas besoin de les soulever...

-Tu ne dois pas courir derrière les clignotants rouges.

-C'est clair, si je sais que j'ai un poste là, payé pareil qu'à l'hôpital où je vais trimer... C'est ça qui fait peur aux directions pour le moment. Donc tout ce qui avait été entamé, c'est resté en l'état.

-On n'a pas eu d'évolutions. Il y a trois ans on disait qu'il y avait différents projets en cours, mais ça n'a pas avancé. Chez nous il n'y a pas eu...

-Mais malgré ça ils regardent toujours les statistiques. Ils nous disent toujours : « Là vous avez fait moins de chiffres, il ne faut pas vous plaindre ».

-C'est vrai qu'ils reviennent tout le temps sur ces chiffres !

-Oui, ces statistiques !

-D'autant plus avec les Covid. En plus ils en jouent... Ils disent : « Nous avons ouvert 30 lits... » mais ils en avaient fermé autant auparavant.

-L'unité 42, où les Covid « respi » pouvaient aller... pour ouvrir une unité Covid, ils ont fermé des lits dans d'autres unités. Des lits il y en a, mais il n'y a pas de

personnel. Ils ont récupéré le personnel d'autres services. On a des lits mais pas d'infirmières.

-Heureusement on a commencé le mouvement de lutte avant le Covid, parce que du coup ils ne peuvent pas dire que le manque de personnel est lié au Covid. Parce que du coup ils ne peuvent pas dire que le manque de personnel est lié au Covid.

-C'est un peu compliqué notre question avec le Covid, toi tu penses quoi ?

-Je ne sais pas. Ce qui me frappe en vous entendant parler est qu'avec le confinement la numérisation s'est accélérée d'une manière incroyable un peu partout dans la société, mais pas à l'hôpital. Peut-être que la situation était tellement grave à l'hôpital, il était tellement important d'être efficace, qu'il a fallu arrêter de jouer avec l'informatique.

-Oui, c'est vrai ce parallèle.

-Partout c'est télétravail, télétravail, mais nous on télétravaille pas... La grande majorité des travailleurs ne peut pas télétravailler. On a développé beaucoup de choses, y compris des consultations médicales par visio-conférence.

-Alors que nous on a régressé.

-On peut formuler l'hypothèse que l'informatisation n'est pas si efficace, et quand il a fallu vraiment être efficace, ce n'est pas cela qu'on a proposé.

-Oui, parce que déjà pour que ça puisse être efficace il aurait fallu que le personnel infirmier travaille avec les programmeurs. Que cet outil corresponde aux besoins du soignant et du patient, dans ce cas-là l'outil aurait été intéressant. Et que le personnel du terrain puisse dire : « Quand je fais cet acte-là, je fais ça, ça et ça... » Mais non, ça a été fait par des gens... on ne sait pas par qui, mais des gens qui ne viennent pas du terrain.

-En tout cas pas de gens de notre terrain à nous.

-En salle par exemple le matin ils arrivent, ils doivent préparer les médicaments pour donner aux patients, il y a les toilettes, il y a les pansements et après tous

ces soins-là ils doivent encoder plein de choses. Tout ce temps-là ils ne l'ont pas avec le patient, parce qu'ils sont obligés de remplir ces formulaires pour le dossier patient.

-C'est vrai que ça on n'a pas trop parlé.

-Oui, parce qu'on ne travaille pas en salle...

-Peut-être qu'ils ont délégué...

-Dans ce cas précis je ne sais pas... Mais je sais que par exemple le DRHIM a été arrêté avec le Covid.

-Il faudrait peut-être qu'on explique... Le DRHIM, tous les ans pendant deux semaines (pour ceux qui travaillent en salle, pas pour les urgences) tu dois remplir tes dossiers de manière extrêmement méticuleuse. En général tu gonfles même tes dossiers, tu dois cocher toutes les cases... j'ai connu ça, j'ai travaillé en salle il y a dix ans, tu fais des heures supplémentaires, tu es au taquet, c'est très lourd, parce que c'est là qu'est défini la répartition du budget entre les hôpitaux. Et comment ils vont faire ?

-Je ne sais pas.

-Voilà où on est...

Comment s'appelle le texte ?

-Il nous manque le titre...

-L'infirmière numérique ? Le soignant numérique ? La numérisation du soignant ? ... Matrix bientôt chez vous ?

-Oui c'est ça, bienvenue dans le monde de Matrix.

-Les déterminants numériques, l'effet sur la santé... c'est trop long ça.

-Quelque chose en lien avec l'expérience... comment notre expérience a été...

-Ça, ça ne s'invente pas, et l'outil informatique ne pourra jamais prendre ce relais-là.

-... avalée ?

-A été réduite ou est réduite, tu vois la phrase que je veux dire ? On est arrivés à...

... à un langage binaire ?

-On est arrivés à casser quelque chose par cette numérisation. Comment le savoir qui se transmettait de personne à personne a été repris par l'outil informatique. Je ne sais pas si tu vois l'idée un peu.

-Oui, oui, j'essaie de visualiser, de trouver des mots clés.

-Et qu'on est devenues...

...des robots

-Oui, des robots. Comment avant on construisait une voiture, ou comment le menuisier faisait pour...

...les savoir-faire...

-Oui... son art qu'il avait pour pouvoir faire une table...

-Art c'est pas mal, on parle d'art infirmier en fait. C'est pas mal ça.

-Comment cet art s'est transformé en ... smartphone.

-En rationalité quantifiable d'actes... je dis des mots comme ça. Voilà, bon courage avec tout ça.

-Oui, c'est un art qui s'acquiert au fur et à mesure des années, par l'expérience. Quand j'ai commencé à travailler j'ai été doublée par une infirmier/ère expérimentée. Elle m'a appris à aller au-delà de ma théorie, elle m'a appris à voir des signes là où je ne voyais rien avant. Elle m'a appris tout un savoir que je n'avais pas. Je l'avais étudié, mais c'était mettre en pratique tout ce que j'avais étudié.

-Oui, comme tu dis, aller au-delà de la théorie. Le savoir d'expérience, on revient-là.

-ça, ça ne s'invente pas, et l'outil informatique ne pourra jamais prendre ce relais-là.

-J'irai plus loin, je dirais qu'il le rabaisse.

-Oui, parce que maintenant si c'est juste appuyer sur un « rouge » qui te dit ce que tu dois faire, quelque part tu ne réfléchis plus. Au lieu d'aller demander à quelqu'un qui a de l'expérience : « tiens, dans ce cas de figure-là, voilà la situation, qu'est-ce que t'en penses ? » Maintenant l'outil informatique va dire : fais ça. Et il va se baser sur des critères objectifs, mais pas sur la care... comment expliquer ça ?

-L'art infirmier !

-L'art infirmier je crois que c'est important, on parle d'art infirmier. C'est un art en fait, c'est pour ça que j'aime ce métier, et qu'il me dégoûte de plus en plus, parce que je ne peux plus exercer mon art, mais je deviens une machine. C'est ce qu'ils dénonçaient à Saint-Luc C'est une infirmier/ère qui décrit comment se passe la journée : elle scanne le patient, elle scanne les médicaments... son témoignage est écrit comme un robot. Elle n'a plus de place...

Fadma, Marie, Guillermo