

Étude de cas

ACCOMPAGNER LES USAGES DES LOGICIELS DE SOIN EN EHPAD

MARJORIE
PIERRETTE,
AUDE CUNY-
GUERRIER
INRS,
département
Sciences
appliquées au
travail et aux
organisations

→ **LA PROBLÉMATIQUE:** Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) s'équipent d'un logiciel de soin centralisant un ensemble d'informations relatives à la prise en charge des résidents. De nombreux éditeurs proposent des solutions logicielles pour les Ehpad, mais tous partagent les mêmes fonctionnalités. Ils sont découpés en grandes fonctions (administratif, soins, médical, alimentation, paramédical, intendance, etc.), au travers desquelles les usages s'inscrivent avec des spécificités par métier. Dans la partie soins, les aides-soignants (AS) et infirmiers diplômés d'État (IDE) mettent ainsi en œuvre, selon leurs responsabilités, le logiciel de façon à planifier les soins, assurer la traçabilité de leurs actes, alimenter les évaluations gériatriques et transmettre, plus globalement, les informations nécessaires au suivi de l'évolution du parcours de vie et de soins de chaque résident. Accessible sur ordinateur, ce type de logiciel est de plus en plus souvent utilisable en version mobile sur tablette, permettant une utilisation en « temps réel », c'est-à-dire directement au moment d'un soin ou d'une observation ou juste après sa réalisation, par opposition à une utilisation en « différé », à la suite d'un ensemble de soins ou d'une tournée de soins. Dans cet article, l'usage du logiciel de soin est entendu au sens large : il englobe à la fois ses fonctionnalités et les équipements, ordinateurs fixes et tablettes, permettant d'y accéder. Le déploiement vise à répondre à des enjeux accrus de coordination des parcours de vie et de santé des résidents. Des questions se posent cependant quant aux effets associés à leurs usages perçus par les soignants, notamment en matière d'intensité du travail, d'autonomie, de sens du travail et d'activité collective, autant de composantes psychosociales qui participent à la santé psychologique des soignants. En termes de prévention, il s'agit ainsi de savoir comment accompagner leur mise en œuvre sur les plans matériel et technologique, temporel et organisationnel afin qu'ils soient vecteurs de ressources psychosociales pour les soignants.

→ LA RÉPONSE DE L'INRS

L'INRS a réalisé une étude sur les usages de logiciels de soin par des soignants d'Ehpad privés. Cette étude s'est appuyée sur trois approches méthodologiques complémentaires associant la réalisation de 22 entretiens¹ auprès d'aides-soignants (AS), d'infirmiers (IDE) et d'infirmiers coordinateurs d'Ehpad privés, de 150 h d'observations des usages auprès de 13 soignants exerçant soit le jour soit la nuit dans deux Ehpad privés² et d'une enquête quantitative³ (147 questions) ayant reçu 436 réponses d'AS et IDE d'Ehpad privés. Les entretiens et observations effectués lors des deux premières parties

ENCADRÉ 1

QUATRE DIMENSIONS DU TRAVAIL ÉVALUÉES PAR QUESTIONNAIRES

L'intensité du travail a été évaluée au travers du sentiment que l'usage du logiciel facilite ou non l'accès aux informations pertinentes pour la réalisation du travail, limite ou non les efforts de mémorisation ainsi que le risque d'oubli, s'accompagne ou non d'une fragmentation de l'activité et d'une augmentation de la charge de travail. L'autonomie des répondants pour l'utiliser a été évaluée, ainsi que le sentiment de contrôle de l'activité pouvant être exercé *via* le logiciel. Les effets sur le sens du travail ont été évalués par l'utilité perçue et par le sentiment ou non de qualité empêchée. Enfin, a été évaluée la mesure dans laquelle son usage soutenait ou limitait la coordination collective des activités, les temps d'échange avec les collègues, la communication avec les intervenants extérieurs ainsi que l'existence de possibles conflits. Ces quatre dimensions, selon qu'elles s'expriment comme des contraintes ou des ressources, sont susceptibles de participer à la survenue de risques psychosociaux ou d'en modérer la survenue.

	PAS DU TOUT D'ACCORD	PLUTÔT PAS D'ACCORD	MOYENNEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD
INTENSITÉ DU TRAVAIL					
Le logiciel de soin facilite votre travail	1 %	2 %	7 %	42 %	48 %
Le logiciel de soin augmente votre charge de travail	13 %	20 %	30 %	23 %	14 %
SENS DU TRAVAIL					
Le logiciel de soin favorise la prise en charge des résidents	1 %	2 %	6 %	35 %	56 %
Le logiciel de soin permet de vous protéger en cas de litiges	0 %	1 %	5 %	27 %	67 %
Le logiciel de soin réduit le temps disponible pour d'autres activités que vous estimez plus importantes	13 %	20 %	27 %	23 %	17 %
AUTONOMIE					
Le logiciel de soin vous permet d'être plus autonome dans la réalisation de vos tâches	1 %	2 %	13 %	34 %	50 %
Vous avez le sentiment d'être autonome pour utiliser le logiciel de soin	0 %	2 %	10 %	46 %	42 %
Vous avez le sentiment qu'on surveille votre activité <i>via</i> le logiciel	9 %	14 %	17 %	32 %	28 %
ACTIVITÉ COLLECTIVE					
Le logiciel de soin favorise la coordination du travail entre les soignants	0 %	1 %	8 %	31 %	60 %
Le logiciel de soin favorise la communication avec les intervenants extérieurs	2 %	5 %	16 %	30 %	47 %
L'usage du logiciel de soin réduit les temps d'échanges avec les collègues	13 %	20 %	27 %	23 %	17 %
L'utilisation ou la non-utilisation du logiciel est source de conflit au sein des équipes	16 %	19 %	28 %	28 %	9 %

de l'étude ont permis de formuler les hypothèses ayant soutenu l'élaboration du questionnaire. Les effets sur l'intensité du travail, l'autonomie, le sens du travail et l'activité collective (Cf. Encadré 1 et Tableau 1), associés aux usages du logiciel, ont été évalués, ainsi que les conditions de mise en œuvre organisationnelles, matérielles et technologiques, et temporelles du logiciel contribuant à expliquer ces effets [1, 2]. Ces résultats ont permis de formuler des préconisations sur les conditions à mettre en œuvre pour accompagner l'utilisation de ce type de logiciel.

Précisons la portée de ces résultats. Un recensement des fournisseurs de logiciels de soin utilisés en Ehpad privés a mis en évidence une prédominance d'un fournisseur en particulier, les Ehpad privés à but lucratif tendant à s'équiper d'une solution commune par souci d'harmonisation. Cette prédominance se retrouve parmi les participants, dont la grande majorité utilisait ce même logiciel : l'analyse porte donc essentiellement sur un fournisseur, mais largement déployé en France. Ce choix ne limite cependant que partiellement la portée des préconisations : les résultats portant sur les condi-

tions organisationnelles, temporelles et matérielles sont indépendants des spécificités d'un logiciel et transposables à d'autres solutions.

Des effets perçus ambivalements

Les entretiens et observations ont mis en évidence des effets perçus comme ambivalements, confirmés par les résultats de l'enquête par questionnaire présentés ci-dessous (Cf. Tableau 1).

L'intensité du travail

Le questionnaire montre que le logiciel est perçu pour 90 % des répondants comme facilitant « plutôt ou tout à fait » le travail des soignants en leur donnant facilement accès à des informations pertinentes pour leur activité.

Son utilisation est cependant associée à une augmentation de la charge de travail perçue (37 % ont répondu « plutôt ou tout à fait » et 30 % « moyennement »). On relève également que 48 % des utilisateurs en temps réel et 29 % des utilisateurs en temps différé considèrent que son emploi est « plutôt ou tout à fait » une source d'interruptions dans la réalisation de leur activité. Enfin, 44 % des

↑ **TABLEAU 1**
Résultats descriptifs sur les quatre dimensions évaluées par questionnaire : intensité du travail, sens du travail, autonomie et activité collective.





© Rodolphe Escher pour l'INRS / 2025

usagers en temps différé estiment devoir fournir « *plutôt ou tout à fait* » des efforts de mémorisation pour se souvenir des informations à transmettre dans le logiciel (contre 24 % en temps réel).

Le sens du travail

Ils sont 91 % à estimer qu'il favorise « *plutôt ou tout à fait* » la prise en charge des résidents et 94 % qu'il permet de se protéger en cas de litiges avec les familles.

En revanche, 40 % des répondants considèrent que l'usage du logiciel réduit « *plutôt ou tout à fait* » le temps disponible pour d'autres activités qu'ils considèrent plus importantes (27 % le pensent « *moyennement* »). Ce sentiment est plus marqué chez les soignants de jour (comparé à ceux de nuit) et davantage chez les AS que chez les IDE.

L'autonomie

Parmi les répondants, 88 % se disent « *plutôt ou tout à fait* » autonomes pour l'utiliser; 53 % estiment avoir la possibilité de le faire évoluer selon leurs besoins et 84 % pensent qu'il leur permet d'être plus autonomes dans la réalisation de leur travail. Cependant, 60 % considèrent que leur activité est « *plutôt ou tout à fait* » surveillée *via* le logiciel de soin.

Le collectif

L'usage du logiciel est perçu à 91 % comme favorisant « *plutôt ou tout à fait* » la coordination du travail entre les soignants, ainsi qu'avec les intervenants extérieurs pour 77 % d'entre eux.

Ils sont néanmoins 40 % à penser que cela réduit « *plutôt ou tout à fait* » les temps d'échanges entre les soignants (27 % le pensent « *moyennement* »). Enfin, les résultats de l'enquête par questionnaire soulignent que son utilisation peut être « *plutôt ou tout à fait* » source de conflits avec les collègues pour 37 % et « *moyennement* » pour 28 %.

L'importance des conditions d'usage

Sur la base des observations réalisées en amont et des hypothèses formulées, le questionnaire explorait diverses dimensions matérielles et technologiques ainsi qu'organisationnelles accompagnant les usages du logiciel de soin et leurs relations avec les effets perçus mesurés.

Conditions matérielles et technologiques

→ Fiabilité

Les observations ont mis en évidence la survenue de bugs lors de l'utilisation, associés à des temps de gestion parfois importants, un manque de confiance dans l'usage et des abandons, pouvant se traduire par une multiplication des modes de

communication (par exemple, doubler les informations à l'oral ou sur un autre support écrit).

L'enquête par questionnaire confirme que des problèmes de fiabilité du logiciel et du réseau auquel se connectent les appareils persistent dans certains établissements, contraignant notamment les usages mobiles. Ainsi, seuls 9 % des répondants estiment ne pas avoir à faire face à des bugs lors de l'utilisation de la version mobile sur tablette. Les analyses statistiques montrent par ailleurs que ces bugs influencent directement le sentiment d'être interrompu dans la réalisation du travail, que cela réduit le temps disponible pour d'autres activités, ainsi que la confiance qu'ont les soignants dans l'outil.

Pour assurer des usages performants et protecteurs, il apparaît ainsi nécessaire de poursuivre les efforts en matière d'accès au réseau, de fiabilité du logiciel et des équipements le supportant. Tout particulièrement lors de la mise en œuvre d'un outil nomade (par exemple une tablette), une bonne connexion Internet est indispensable pour éviter les bugs et lenteurs et rendre l'outil plus fiable.

→ Satisfaction des interfaces

La conception du logiciel n'a pas fait l'objet d'une analyse en tant que telle, mais elle a été abordée comme l'un des déterminants à l'origine de contraintes ou de ressources psychosociales. Ces résultats liés au contenu et aux interfaces du logiciel sont plus étroitement liés à un fournisseur en particulier ; ils demeurent toutefois en grande partie transposables.

Les entretiens et observations réalisés auprès des soignants avaient permis d'identifier, pour certains soignants, un sentiment d'insatisfaction des interfaces sur tablette (version adaptée à la mobilité). Les caractères étaient jugés parfois trop petits et peu lisibles, l'arborescence compliquée, rendant ainsi difficile l'accès à une vue globale, et l'interface était considérée comme étant soit surchargée soit trop simplifiée (par exemple, la légende des évaluations n'est pas visible dans la version mobile). Les IDE notamment exprimaient ainsi le sentiment d'une activité mieux guidée sur l'ordinateur pour certaines tâches, telles que la traçabilité des pansements, pour lesquelles une traçabilité en temps réel (donc sur tablette) est pourtant attendue par la hiérarchie. Les observations ont montré qu'il était cependant parfois difficile de déterminer si ces difficultés relevaient uniquement de la conception du contenu du logiciel, de son interface utilisateur ou encore de la difficulté des soignants à l'utiliser. Le logiciel autorise ainsi une multitude de paramétrages individuels dans la manière de présenter les informations plus ou moins bien connus et mis en œuvre par les soignants.

L'enquête par questionnaire a permis de montrer que les interfaces sont globalement évaluées comme étant plutôt confortables. La satisfaction ressort cependant comme étant légèrement moins élevée concernant l'interface du logiciel utilisée sur tablette (64 % de satisfaction pour la tablette contre 75 % pour l'ordinateur) et varie selon les motifs d'usage (signer les soins, visualiser les plans de soins, etc.). Dans l'enquête par questionnaire, lorsque les soignants perçoivent l'interface comme inconfortable, cela est associé à la perception d'une charge de travail accrue et d'un manque d'autonomie. Les soignants qui trouvent l'interface inconfortable sont également moins nombreux à penser que son usage facilite la communication avec les intervenants extérieurs ainsi que la coordination du travail entre collègues. L'insatisfaction au sujet des interfaces est également associée à davantage d'abandons de l'utilisation du logiciel.



© Gregoire Maisonneuve pour l'INRS / 2022



ENCADRÉ 2

USAGE DES ÉCRANS TACTILES MOBILES

L'usage de la tablette peut être à l'origine de postures de travail inconfortables n'ayant pas fait l'objet d'un recensement systématique dans cette étude. Malgré des avantages, l'adoption massive des écrans tactiles mobiles soulève des préoccupations en matière de santé au travail. Leur utilisation prolongée, dans des conditions potentiellement inadéquates, pourrait entraîner des troubles musculosquelettiques (TMS) spécifiques, différents des problèmes relatifs à l'usage d'ordinateurs fixes, pour lesquels les connaissances et les recommandations sont déjà documentées [7]. Il apparaît donc nécessaire d'identifier les contraintes biomécaniques associées à ces nouveaux dispositifs informatiques et de déterminer les modalités d'utilisation permettant de les limiter. C'est dans cet objectif qu'une nouvelle étude a débuté à l'INRS (conduite par Mathilde Schwartz et Kevin Desbrosses), avec pour objectif d'évaluer les contraintes biomécaniques associées à l'utilisation de différents écrans tactiles mobiles.

ment les informations doit soutenir leur digitalisation pour que le logiciel, et notamment sa version « nomade », reflète bien ces informations et le sens que les utilisateurs leur attribuent. Ceci demande des échanges lors de sa conception et la possibilité pour les équipes soignantes d'agir à ce niveau.

→ Dotation et caractéristiques du matériel

Dans l'enquête par questionnaire, l'insuffisance en matériel, et plus particulièrement en termes de nombre d'ordinateurs, participe à augmenter le sentiment de charge de travail. Parmi les répondants, seuls 35 % estiment que le nombre d'ordinateurs mis à disposition pour les usages du logiciel de soin est suffisant, alors qu'ils sont 71 % à le penser des tablettes. Ce sentiment est plus marqué chez les AS, pour lesquels les observations ont montré que la dotation en ordinateurs était plus modeste, que chez les IDE.

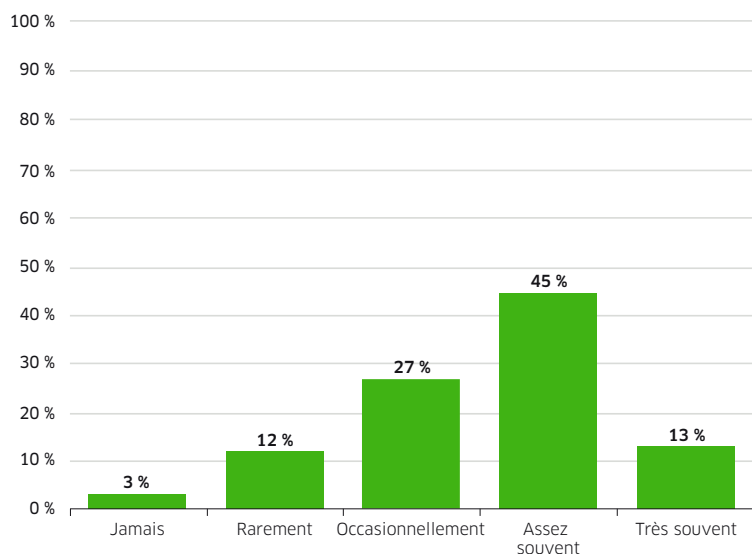
Les observations ont mis en évidence que, en raison de l'emploi différencié de l'ordinateur ou de la tablette selon le motif d'utilisation du logiciel (certains usages devant être réalisés en temps réel le sont difficilement sur station fixe), la mise à disposition des tablettes ne peut être considérée comme un moyen de compenser le manque d'ordinateurs. Les observations ont également montré le besoin de penser, au-delà de la disponibilité des outils, les modalités de leur mise en œuvre nomade, notamment les conditions de leur transport, ainsi que les modalités de connexion/reconnexion rapide pour préserver la confidentialité des données, tout en respectant les conditions d'hygiène.

Enfin, la nécessité de recharger la tablette ressort également comme un facteur expliquant le sentiment d'interruption. En effet, 62 % des soignants interrogés déclarent devoir recharger la tablette au cours de la journée (et 12 % occasionnellement), ce qui la rend alors indisponible et réduit ainsi l'autonomie perçue dans l'usage de la tablette.

Les résultats de l'enquête par questionnaire soulignent que 47 % des répondants n'ont pas de support de tablette alors qu'ils sont 81 % à en souhaiter un. Ceci pourrait expliquer l'adoption par les soignants de postures contraignantes liées, par exemple, au positionnement de la tablette sur leurs genoux (Cf. Encadré 2).

Pour des usages protecteurs, les outils fixes et nomades doivent être prévus en nombre suffisant pour assurer leur disponibilité et pour que chaque soignant puisse choisir l'outil le plus adapté. Il est également nécessaire d'organiser les conditions de mise en œuvre des tablettes dans leur globalité : mettre à disposition des chariots et des supports tablette adaptés à l'activité, améliorer leur autonomie pour éviter d'avoir à les recharger durant l'activité, prévoir des modalités de déconnexion/

↓ FIGURE 1
Répartition
en pourcentages
des réponses
à l'affirmation :
« Vous avez
le sentiment d'avoir
le temps nécessaire
pour utiliser
le logiciel de soin »
(n = 398).

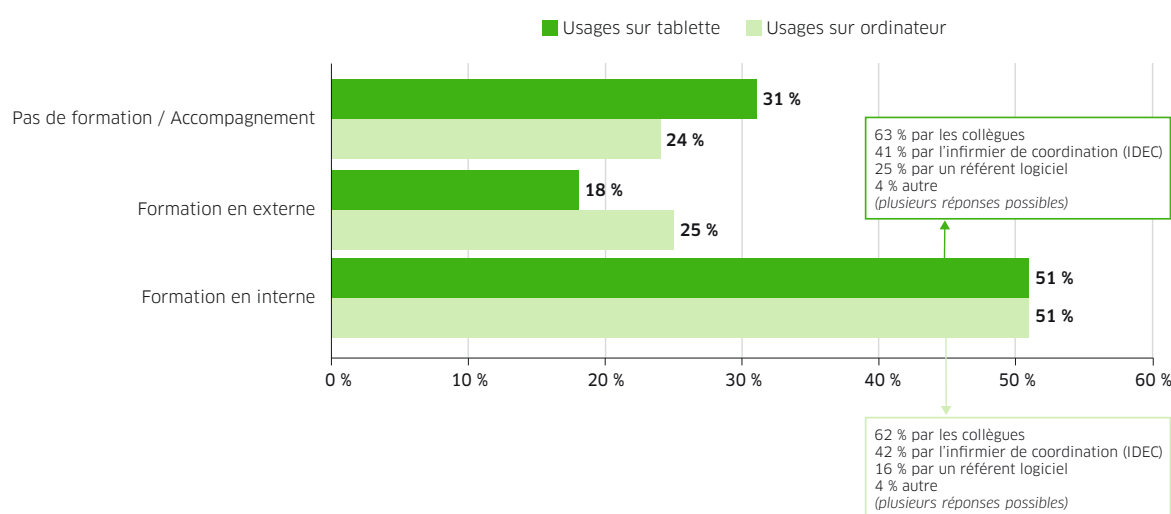


	UTILITÉ PERÇUE (Réponses « Plutôt d'accord » et « Tout à fait d'accord »)	TEMPS SUFFISANT POUR LE FAIRE (Réponses « Plutôt d'accord » et « Tout à fait d'accord »)
S'informer sur les résidents et leur état de santé	96 %	51 %
Visualiser les plans de soins	93 %	55 %
Transmettre des informations narratives*	93 %	67 %
Transmettre des informations ciblées**	90 %	65 %
Signer les soins réalisés	84 %	60 %

* Les transmissions permettent de tracer un comportement, une préoccupation, un changement d'état, etc.
Les transmissions narratives permettent de décrire la situation de façon libre.

** Les transmissions ciblées se focalisent quant à elles sur une cible précise, choisie parmi une liste préexistante et structurée de façon à orienter une action en réponse.

← **TABLEAU 2**
Utilité perçue
des actes réalisés
et suffisance
du temps pour
le faire.



← **FIGURE 2**
Formation reçue
aux usages
du logiciel de soin
sur ordinateur
et sur tablette
(n = 218).

reconnexion rapide pour préserver la confidentialité des données tout en assurant les conditions d'hygiène.

Conditions organisationnelles

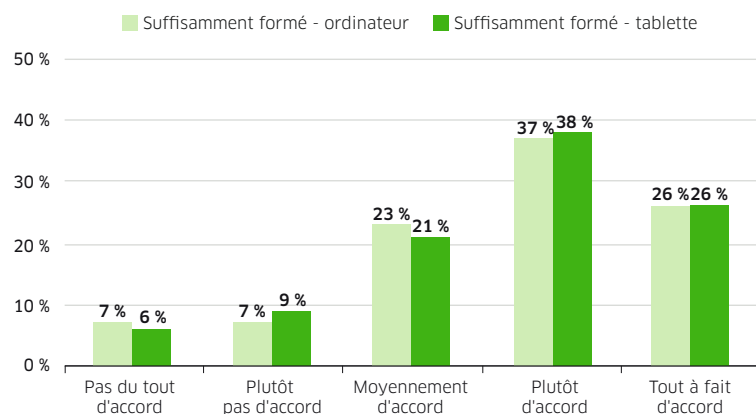
→ Temps de travail et temporalités du travail

Le sentiment d'avoir globalement le temps nécessaire sur la durée du poste de travail pour utiliser le logiciel de soin est partagé. Dans l'enquête quantitative, 58 % déclarent avoir souvent, voire toujours, ce sentiment, 27 % occasionnellement, 12 % ne sont plutôt pas d'accord et 3 % pas du tout (Cf. Figure 1).

Les résultats du questionnaire soulignent également que le fait de manquer de temps pour utiliser l'outil et le sentiment que son usage réduit le temps disponible pour réaliser d'autres activités jugées plus importantes, augmente la charge de travail perçue et diminue les possibilités d'échanges avec les collègues. Le manque de temps est aussi le premier facteur mentionné, parmi plusieurs réponses possibles, pour expliquer l'abandon ou le report de l'utilisation du logiciel de soin (57 %), devant les problèmes techniques (48 %), le contenu du logiciel (11 %) et le manque de formation (5 %).

Les motifs d'utilisation du logiciel jugés les plus utiles ne sont pas toujours ceux pour lesquels les soignants déclarent disposer de plus de temps. Par exemple, s'informer sur les résidents et leur état de santé est l'usage jugé le plus utile par les personnes interrogées. Cependant, c'est aussi pour cet usage que la proportion de répondants déclarant ne pas disposer du temps suffisant – ou seulement occasionnellement – est la plus élevée (Cf. Tableau 2). Selon les répondants au questionnaire, le temps dédié à l'utilisation du logiciel de soin n'est pas toujours intégré ou connu : 35 % des répondants pensent que le temps d'usage n'est pas intégré dans le temps de travail et 27 % ne le savent pas. Les entretiens menés auprès d'un nombre restreint de soignants ont permis d'apporter des éléments complémentaires. En effet, il avait été observé que si le temps différé peut être clairement indiqué dans les fiches de poste (en fin de journée par exemple), le temps d'usage du logiciel en temps réel n'est pas toujours clairement pris en compte. Or, lors des observations réalisées, le temps quotidien d'usage du logiciel de soin pouvait dépasser deux heures pour une IDE combinant les deux temporalités d'usage (temps réel et différé). Ceci pouvait ainsi conduire à décaler les horaires des





↑ FIGURE 3
Sentiment d'être
suffisamment
formé pour utiliser
l'ordinateur
(n = 423)
versus la tablette
(n = 321).

séquences de travail prévues dans les fiches de poste et réduire la marge de manœuvre temporelle disponible en fin de journée pour les soignants (alors même que les soignants participants considéraient le temps d'usage du logiciel en fin de journée comme une variable d'ajustement en cas de difficultés imprévues).

Pour des usages protecteurs, une bonne évaluation du temps devant être consacré à l'emploi du logiciel est essentielle et doit ainsi être (ré)intégrée dans le temps d'activité global, en tenant compte de la temporalité d'usage (temps différé et/ou réel). Le temps d'utilisation en temps réel, en particulier, ne doit pas être sous-estimé. Le soutien à la mise en œuvre du logiciel de soin ne peut donc pas s'affranchir de la

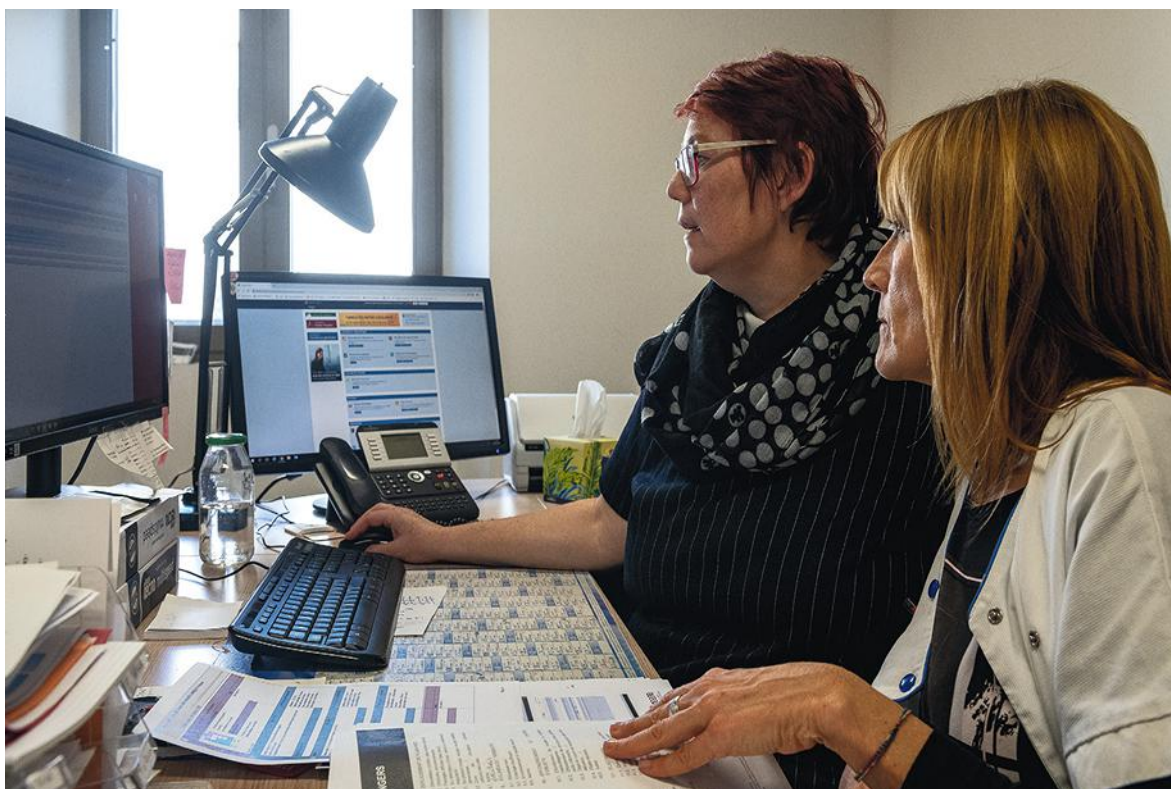
recherche de nouvelles marges de manœuvre temporelles dans une activité que l'on sait par ailleurs particulièrement chargée et imprévisible [4].

→ Formation

Les observations et entretiens réalisés ont pointé des formations initiales disparates, des difficultés exprimées par les soignants à dégager du temps pour se former de façon continue dans une activité temporellement contrainte. Certains exprimaient le sentiment d'une formation sous-estimée, tout comme la nécessité d'accompagner les usages des différentes versions d'un même logiciel (version complète et mobile, mises à jour). La prise en main et la formation à un outil nomade peuvent en effet sembler aisées et intuitives, y compris pour des utilisateurs qui ne sont pas à l'aise avec l'informatique de bureau conventionnelle.

L'enquête par questionnaire révèle qu'une part non négligeable des soignants concernés déclarent ne pas avoir été formés ou accompagnés aux usages du logiciel sur ordinateur (24 %) et sur tablette (32 %; Cf. Figure 2).

Cependant, la majorité des répondants expriment se sentir suffisamment formés (Cf. Figure 3), les « référents logiciel⁴ » se déclarant significativement mieux formés, que ce soit pour l'ordinateur ou pour la tablette. Ce sentiment est notamment corrélé au fait de se sentir à l'aise avec l'informatique (75 % des répondants se sentent « *plutôt* » voire « *tout à fait* » à l'aise avec l'informatique).



© Claude Almodovar pour l'INRS / 2019

Pour les soignants qui se disent satisfaits de la formation reçue, ce sentiment est corrélé avec le fait de pouvoir bénéficier de l'aide des collègues pour les IDE et de l'aide de la hiérarchie pour les AS, ce qui pointe l'importance des ressources collectives en matière de formation. L'enquête par questionnaire révèle en effet des formations principalement réalisées en interne par les collègues et l'encadrement, plus rarement par un formateur externe (Cf. Figure 2).

Le fait de ne pas se sentir suffisamment formé est associé dans les résultats du questionnaire à une moindre confiance dans le logiciel et au sentiment que son utilisation augmente la charge de travail. L'autonomie et le sens sont également affectés par le manque de formation.

Ainsi, pour des usages protecteurs, les formations pourraient encore être renforcées dans leur organisation et leur déploiement. Cela pourrait passer par la mise en place de formations systématiques intégrant la question de la traçabilité dès la formation initiale pour toutes les catégories de soignants, ainsi que par des sessions de formation continue portant sur les différentes versions du logiciel et les outils associés, afin d'accompagner la montée en compétences des soignants. Lorsque ces formations sont assurées par des collègues ou par l'infirmier de coordination (IDEC), ceux-ci doivent disposer de ressources dédiées, notamment en temps, pour les mettre en œuvre efficacement.

Conclusion

Les résultats de l'étude montrent que l'usage du logiciel de soin est perçu comme vecteur de ressources psychosociales, par exemple, le fait de disposer des informations pertinentes à la réalisation de l'activité, de favoriser la prise en charge des résidents ou encore de se protéger en cas de litiges. Il peut cependant s'accompagner de contraintes, telles qu'un sentiment de charge de travail accrue, de réduction du temps disponible pour d'autres

activités, d'un sentiment de contrôle ou de limitation des temps d'échanges avec les collègues. Ces effets positifs comme négatifs peuvent être influencés par des conditions d'usage matérielles, technologiques et organisationnelles. Certaines conditions favorables ont été identifiées: la prise en compte du temps et des temporalités d'usage dans le temps de travail, une formation plus systématique à l'utilisation du logiciel dans sa globalité (formation à l'outil, aux différentes versions du logiciel), une dotation en matériel suffisante en considérant l'ordinateur et la tablette comme non interchangeables (chacun renvoyant à des emplois spécifiques), etc. Les usages en temps réel nécessitant des outils mobiles demandent, quant à eux, une attention particulière sur différents aspects tels que la conception des interfaces, les caractéristiques des outils mobiles, la fiabilité du réseau, l'intégration des temps d'usage en temps réel dans le temps de travail, etc.

Ces préconisations portant sur les usages mobiles, ici identifiées au sein des Ehpad, peuvent probablement être transposées à d'autres secteurs d'activité. Ces pratiques, aux intérêts certains, sont susceptibles de modifier les rapports au temps et à l'espace dans tous les secteurs d'activité. De nombreuses études mettent ainsi en évidence un décalage possible entre les promesses de gains et de flexibilité et une réalité combinant perte de temps et sentiment d'urgence, temporalités d'activité discontinues et fragmentées et recherche de nouvelles marges de manœuvre pour les professionnels [5, 6]. Autant de contraintes rappelant la nécessité d'accompagner le choix et l'intégration de chaque nouvelle technologie, aussi anodine puisse-t-elle sembler. ●

1. Entre avril 2021 et janvier 2022.
2. Entre novembre 2023 et janvier 2024.
3. Entre janvier et avril 2024.
4. Soignant à qui on a attribué une mission d'information, de conseil voire de formation aux usages des logiciels auprès des collègues.

BIBLIOGRAPHIE

[1] CUNY-GUERRIER A., PIERRETTE M. – Les logiciels de soins en Ehpad: analyse qualitative des conditions d'usage et effets pour l'activité des soignants. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2023, 84, p. 101849. Accessible sur: <https://doi.org/10.1016/j.admp.2023.101849>

[2] CUNY-GUERRIER A., PIERRETTE M. – Temporalités d'usage des logiciels de soin en EHPAD et effets sur l'intensité, l'autonomie, le sens et le collectif. *Le travail humain*, 2025, 88 (3), pp. 227-253. Accessible sur: <https://doi.org/10.3917/th.883.0227>

[3] ZHANG J., WALJI M.F. – TURF: toward a unified framework of EHR usability. *Journal of biomedical informatics*, 2011, 44 (6), pp. 1056-1067.

[4] MARQUIER R. ET AL. – Des conditions de travail en Ehpad vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les dossiers de la DREES*, 2016, 5, pp. 3-50.

[5] ANACT – Travail et numérique en santé.

Les effets des transformations numériques sur les conditions de travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rapport national d'exploration, 2024, 44 p. Accessible sur: <https://veille-travail.anact.fr/osirot/result/notice.php?queryosiros=id:102213&referer=home>

[6] BESSEYRE DES HORTS C.H., ISAAC H. – L'impact des TIC mobiles sur les activités des professionnels en entreprise. *Revue française de gestion*, 2006, 168-169 (9-10), pp. 243-263. Accessible sur: <https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2006-9-page-243?lang=fr>

[7] KERANGUEVEN L., ABDOURAMANE F., GAUDEZ C., CAPITAIN L. – *Le travail sur écran. Guide pratique pour la prévention des risques*. INRS, ED 6538, 2025. Accessible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206538>