

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Le Dossier de Soins Informatisé :
réel changement ou simple modification
de pratique ...



Stéphane LE TERRIEN

DCS@12-13



NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des Auteurs et de l'IFCS de L'Ecole Supérieure Montsouris

« - Estimez-vous, demanda-t-il enfin, être le diplomate idéal, avec votre amusement, votre équilibre et votre indifférence ?

Je ne fis pas attendre ma réponse. Elle m'était connue de longue date.

- Non, dis-je. Car un gérant des affaires humaines ne saurait être parfait s'il manque d'humanité. »

(Francis WALDER – Saint-Germain ou la négociation)

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie Madame Elodie HEMERY, Directrice de mémoire, dont les conseils et la disponibilité m'ont été très précieux lors de l'élaboration de ce travail.

Bien entendu, je témoigne ma gratitude à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris qui, par son enseignement et son accompagnement, m'a permis une ouverture d'esprit pour un apprentissage de qualité.

Je suis également très reconnaissant envers l'ensemble des professionnels sollicités, tout au long de ces mois de réflexion et, en particulier, envers ceux qui ont participé à l'enquête.

Par ailleurs, je n'oublie pas que Monsieur Xavier CHAILLOU, cadre de santé, est, pour une grande part, à l'origine de ce projet. Il m'a accordé sa confiance, m'a prodigué des conseils et m'a encouragé à m'élever professionnellement tout en me permettant de me libérer du service durant cette période d'apprentissage. Pour cela, je le remercie infiniment.

Je salue chaleureusement la fine équipe des « *potaches* » qui se reconnaîtra, pour son amitié, son aide ainsi que pour tous les bons moments partagés.

Enfin, mes pensées vont à ma famille pour son soutien inconditionnel ; Karima, mon épouse, pour sa patience, son total investissement et ses encouragements, puis nos enfants, Aylan et Nériaux auxquels je dédie ce travail.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION	4
1 CHOIX DU THEME DU TRAVAIL DE RECHERCHE	6
1.1 L'adaptation du professionnel face aux changements organisationnels	6
1.1.1 Un contexte instable	6
1.1.2 L'influence des Techniques d'Information et de Communication	6
1.1.3 Le questionnement de départ	7
1.2 Le changement pour quel objectif ?	8
1.2.1 La recherche exploratoire	8
1.2.2 La problématique de recherche	9
2 LES APPORTS CONCEPTUELS	11
2.1 Le Dossier de Soins Informatisé.....	11
2.1.1 De l'information aux Systèmes d'Information Hospitaliers.....	11
2.1.2 Le Dossier Patient Informatisé	13
2.1.3 Le Dossier de Soins Informatisé.....	15
2.1.4 Le Dossier de Soins Informatisé et l'équipe de soins	17
2.2 Le changement organisationnel	17
2.2.1 L'hôpital : une organisation, des acteurs	18
2.2.2 Le changement et ses résistances	19
2.2.3 La motivation	22
2.2.4 Le changement par la capacité d'apprentissage.....	24
2.3 Le cadre de santé comme « maître d'œuvre »	26
2.3.1 D'une fonction d'encadrement à une mission managériale.....	26
2.3.2 Le cadre de santé « accompagnateur de projet »	30
2.3.3 Le cadre de santé garant de l'acquisition des compétences.....	33
2.4 La synthèse des apports conceptuels	35
3 L'ENQUETE SUR LE TERRAIN	37
3.1 La méthodologie de l'enquête.....	37
3.1.1 Les lieux de l'étude.....	37
3.1.2 La population enquêtée	38
3.1.3 Les outils de recueil de données	40
3.2 La mise en œuvre de l'enquête	41

3.3	La synthèse des résultats	43
3.3.1	La méthode d'exploitation	44
3.3.2	La synthèse des entretiens.....	44
3.3.3	La synthèse des questionnaires	52
3.4	L'exploitation des résultats	61
3.4.1	Le profil des professionnels	62
3.4.2	L'apprentissage de l'innovation informatique	64
3.4.3	L'accompagnement du changement	65
4	L'ANALYSE DE LA RECHERCHE	67
4.1	La dimension qualité	67
4.2	La dimension humaine	69
4.3	La dimension opérationnelle	70
5	LES ELEMENTS DE REPONSES	73
5.1	Le cadre de santé et l'appropriation du DSI par l'équipe de soins	73
5.1.1	L'expertise du cadre de santé comme levier d'action.....	73
5.1.2	La formation au service du développement professionnel	74
5.2	Mon expérience de recherche en sciences sociales	74
5.3	Mes perspectives professionnelles	75
	CONCLUSION	77
	GLOSSAIRE - FONCTIONS DES AUTEURS	79
	BIBLIOGRAPHIE	81
	ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

AFNOR :	Agence Française de Normalisation
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASIP Santé :	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins.
DIM :	Département d'Information Médicale
DPI :	Dossier Patient Informatisé
DSI :	Dossier de Soins Infirmiers
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
IPAQSS :	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IUFM :	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
TIC :	Technologies de l'Information et de Communication
MCO :	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
NSI :	Nouveaux Systèmes d'Information
NTIC :	Nouvelles Technologies de l'Information et de Communication
oSIS :	observatoire des Systèmes d'Information de Santé
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SI :	Systèmes d'Information
SIH :	Systèmes d'Information Hospitaliers
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, l'organisation hospitalière a fortement évolué. De nombreuses réformes successives lui ont ainsi permis d'adhérer à de nouveaux modèles de gestion ou encore à de nouvelles pratiques managériales et de soins. La recherche de rationalisation des coûts de production et la prise en charge optimale de l'utilisateur en furent les objectifs principaux.

Dans ce contexte de mutation, les Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) occupent, depuis quelques années déjà, une place importante au sein de l'organisation générale. Fortement améliorés par l'intégration d'une technologie continuellement novatrice, ces SIH, par leur informatisation, constituent aujourd'hui l'un des enjeux majeurs pour un travail en réseau de qualité, situant le patient au cœur d'un parcours de soin dicté par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)¹.

L'informatisation des hôpitaux, qui a constitué une véritable plus-value dans les domaines médical (plateau technique) et administratif, s'avère de plus en plus prégnante dans l'organisation interne des services de soins. L'informatisation du dossier de soins constitue une étape et induit la modification de pratiques de la part des professionnels évoluant dans ces unités. Parmi ceux-ci, les cadres de santé² s'inscrivent également dans cette évolution. Répondant de plus en plus à des missions managériales et de conduite de changement, ils se situent en première ligne dans ce processus de mutation au niveau local et, représentent un maillon essentiel dans l'accomplissement de nouvelles pratiques de la part des équipes soignantes.

Ma réflexion s'attache à apporter un éclairage sur le processus de changement lié à l'instauration d'un nouvel outil informatique au sein d'un service de soin, ainsi que sur le management qui l'accompagne. Ce choix est issu d'un questionnement inhérent à mon parcours professionnel d'une part, et à ma fonction future de cadre de santé d'autre part. La vie institutionnelle à laquelle j'ai participé en qualité d'infirmier, a suscité chez moi diverses interrogations et réflexions autour de la notion de changement. Bien que programmées, certaines de ces mutations ne sont pas sans conséquence sur le fonctionnement de l'organisation locale, tel est le cas du Dossier de Soins Informatisé (DSI). Le changement de culture induit par cette nouvelle méthode de travail m'a paru, dans un premier temps, être un changement imposé pour les

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. Journal Officiel n° 167 du 22 juillet 2009, pp. 121184, texte n° 1. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=89E9B1CB8376C8976FCEB56A3BF5FF7A.tpdjo10v_2?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=id (consulté le 01/12/2012).

² L'appellation « cadre de santé » désigne l'ensemble des professionnels exerçant sous ce statut, excluant le genre.

professionnels plutôt qu'un changement choisi. La notion de contrainte est ici mise en avant, laquelle fait appel à celle de résistance au changement. Me destinant à la fonction d'encadrement d'unité de soins au sein des Hôpitaux de Saint-Maurice, concernés par la mise en œuvre d'un DSI en perspective, il m'a semblé opportun de réfléchir aux modalités adéquates à mettre en place, permettant au management de proximité d'influer sur l'acceptation et donc sur l'adaptation volontaire des soignants à ce nouvel outil de travail.

Au terme d'un travail exploratoire explicitant le constat de départ, une problématique de recherche s'impose à moi. Cette étape constitue une première partie et permet, dans un second temps, d'interroger la Littérature afin de mettre en exergue les concepts se rapportant à l'objet de l'étude. Une enquête réalisée auprès de professionnels en fonction, permettra ensuite de confronter ces apports théoriques à la réalité de terrain. L'analyse des réponses apportées et les perspectives qui en découlent permettront de conclure un travail de longue haleine, reposant à la fois sur la théorie et sur la pratique. Ma position d'étudiant éloigné des contraintes des services de soins durant quelques mois m'a permis de porter, sur cette enquête, un regard neutre, facilitant ainsi une recherche la plus réaliste possible.

1 CHOIX DU THEME DU TRAVAIL DE RECHERCHE

1.1 L'adaptation du professionnel face aux changements organisationnels

Le changement augure très souvent un bouleversement dans les habitudes. Il signifie la fin d'une période, un nouveau départ, la construction d'un futur. Une telle révolution n'est pas toujours accueillie sereinement et son approche, par les professionnels, parfois aléatoire.

1.1.1 Un contexte instable

Au cours de mon expérience professionnelle au sein des unités de soins, j'ai été témoin de nouveautés, de mouvements et de changements relatifs à toute « *machinerie organisationnelle*³ » à laquelle s'apparente l'hôpital. Une orientation stratégique inédite, la mise en place de nouvelles pratiques, via des procédures et autres recommandations, un mouvement de personnels ou bien encore l'intégration d'une innovation technologique sont, assurément, source d'instabilité au sein des groupes soignants. Garantir la pérennité d'un travail harmonieux entre l'ensemble des collaborateurs de manière permanente, semble ainsi utopique.

Il résulte, de ces mutations régulières, des évolutions de pratiques impliquant précisément le professionnel de terrain. Ce dernier se doit de faire preuve d'« adaptabilité », ce que le Dictionnaire Larousse définit comme la « *Capacité de s'adapter à de nouveaux milieux ou à de nouvelles situations*⁴ ». Le Plan Hôpital 2007, en définissant la Nouvelle Gouvernance⁵ et la mise en pôle des unités hospitalières, a distinctement fait appel à cette capacité professionnelle, au travers notamment de la mutualisation des moyens humains entre services. Cette aptitude d'accommodation dans la pratique professionnelle me semble aujourd'hui nécessaire à tout soignant, tant la nouveauté, voire l'inconnu fait partie du quotidien hospitalier.

1.1.2 L'influence des Techniques d'Information et de Communication

Certains des changements organisationnels précités sont directement corrélés à l'apparition des Techniques d'Information et de Communication (TIC), plus précisément à l'utilisation de l'outil informatique. En effet, de la même façon dont ce dernier a occupé une place de plus en plus conséquente au sein de la sphère privée, il s'est également beaucoup développé dans le monde hospitalier. Progressivement, il a conditionné, pour une grande part, les Systèmes d'Information

³ BELLIER Sandra, LAROCHE Hervé. *Moi, Manager*. Paris : Dunod, 2005, 155 p. Page 16.

⁴ DICTIONNAIRE LAROUSSE. *Larousse.com*. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adaptabilité/998>> (consulté le 15/11/2012).

⁵ *Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé*. Journal Officiel n° 102 du 3 mai 2005 pp. 7626, texte n° 15. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=89E9B1CB8376C8976FCEB56A3BF5FF7A.tpdjo10v_2?cidT exte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=id> (consulté le 15/11/2012).

Hospitaliers (SIH) tels que nous les connaissons aujourd'hui. Son utilisation polymorphe, au profit des compétences gestionnaires, financières et économiques exigées auprès de l'institution hospitalière actuelle, constitue un axe de développement prioritaire. Ce dernier se vérifie au travers du Plan Hôpital 2012⁶ relayé par le Programme Hôpital Numérique⁷ qui constitue « *une feuille de route pour les systèmes d'information hospitaliers 2012-2016* ».

L'informatisation, inéluctable au sein des services, concerne aujourd'hui principalement des logiciels d'application inhérents au circuit et à la traçabilité du médicament ou encore à une partie de la gestion administrative du service, telle que la gestion des entrées, des lits (...). Le dossier de soins informatisé, peut-être le plus volumineux de tous, est en passe d'être déployé de manière effective au sein d'une majorité des établissements de soins de France.

Ce volet clinique a pour objectif d'intégrer le Dossier Patient Informatisé (DPI), supposé propre à chaque établissement. Ce passage du dossier patient « manuscrit » (matériel) au dossier patient « dématérialisé » informatique, constitue l'une des étapes les plus évidentes dans ce processus de modernisation et d'amélioration des SIH. Bien au-delà des progiciels déjà en application, ce nouvel outil entraîne un profond changement dans la manière de transmettre les informations.

1.1.3 Le questionnement de départ

L'utilisation optimum de l'outil informatique nécessite, bien entendu, son acceptation par l'utilisateur potentiel ou, à défaut son accommodation.

De nos jours, les applications informatiques installées au sein des unités de soins ont fréquemment un usage non-imposé et n'influent pas sur le bon déroulement de la prise en charge du patient. Pour le DSI, les choses se présentent différemment. En effet, la maîtrise de l'outil et du logiciel par chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire est, dans ce cas précis, indispensable.

Une première question me vient alors à l'esprit :

Comment favoriser l'adaptation des soignants lors de périodes de changement induites par l'apparition de nouveaux outils informatiques tel que le DSI ?

⁶ 1^{ère} phase du Plan Hôpital 2012 : *Au cœur de la modernisation du paysage hospitalier français*. Dossier de presse du 16/10/2008 [en ligne]. Page 11. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_1ere_phase_du_Plan_Hopital_2012.pdf> (consulté le 24/11/2012).

⁷ Programme hôpital numérique : *la politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012-2016* [en ligne]. DGOS, 05/2012, Page 2. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/_CP_DGOS_Programme_Hopital_numerique_-_Politique_nationale_relative_aux_SIH_-_mai_2012.pdf> (consulté le 24/11/2012).

Le rôle du cadre de proximité joue un rôle important dans la dynamique d'équipe. A la fois garant de la prise en charge du patient, il l'est également pour ce qui concerne le bon fonctionnement du service. Véritable soutien et en première ligne, le cadre de santé favorise l'appropriation de nouveaux outils de travail auprès de l'équipe dont il a la charge. Ignorer le besoin de guidance et d'accompagnement des équipes, dans de telles évolutions de pratique, laisse présager l'échec de la transition. La contribution du cadre de santé m'apparaît primordiale et la réflexion menée doit ainsi intégrer sa fonction managériale. De ce fait, il me paraît plus approprié de formuler la question de départ ainsi :

De quelle manière le cadre de santé peut-il favoriser l'appropriation du changement par l'équipe soignante, face aux nouveaux outils informatiques tel que le DSI ?

1.2 Le changement pour quel objectif ?

1.2.1 La recherche exploratoire

Afin d'affiner mon questionnement, je me suis inspiré de lectures sur le thème de ma recherche et ai pris contact avec des personnes ressources, proches des domaines exploités.

Je me suis tout d'abord rapproché du Directeur des Systèmes d'Information du Centre Hospitalier qui m'emploie. Mon objectif a été d'appréhender le regard gestionnaire dans la démarche d'application des SIH. Parallèlement, je me suis entretenu avec un cadre de santé exerçant dans le même établissement afin de connaître sa perception sur le sujet. J'ai décidé de mener ces deux entretiens de manière semi-directive⁸ afin de ne pas influencer sur les réponses apportées.

Lors de la première entrevue, le Directeur des SIH évoque un déploiement du Dossier Patient Informatisé au sein de l'hôpital, encore à l'état de projet. La programmation d'un tel dispositif fait, selon lui, l'objet d'un important travail en amont, tant pour les pôles directionnels que pour les services de soins. Pour ces derniers, il mentionne la notion de résistance au changement de la part des personnels concernés, justifiée par une modification de pratique inhérente à ce logiciel applicatif. Cette opposition semble se limiter à la communauté des soins, excluant les personnels des services supports de l'établissement (Services administratifs, pharmacie, etc.) dont l'activité informatique est, jusqu'à aujourd'hui, largement développée. Même si l'utilisation d'un nouveau dispositif informatique au sein des services de soins, reçoit au départ un accueil réticent, le Directeur des SIH reste confiant pour l'avenir.

⁸ Cf. *Guide d'entretien exploratoire « Directeur des Systèmes d'Information Hospitaliers », Guide d'entretien exploratoire « Cadre de santé »*. Disponible en Annexe 1.

Le cadre de santé, pour sa part, partage l'idée d'un temps d'adaptation qu'il définit comme un « *retard à l'allumage* ». Celui-ci affirme ne s'y intéresser qu'en ultime recours. La manipulation de l'outil informatique ne lui est pas nécessairement agréable et il ne s'y contraint, finalement, qu'après soutien d'un réseau de collègues plus avertis et à l'aise dans ce domaine. Il précise que cette manière de faire s'observe également au sein de l'équipe soignante, face à ce qu'il nomme « *la prise en main* » du logiciel et parle ainsi de capacités individuelles très hétérogènes face à l'informatique. Se refusant de parler de démotivation, le cadre de santé assimile plutôt cette difficulté à de la résistance. Cependant, il estime celle-ci assez relative, sans doute du fait de l'« *importance modérée* » des logiciels actuels qui ne nécessitent la maîtrise que d'une seule minorité de soignants pour en assurer le fonctionnement. L'absence d'impact sur le bon fonctionnement et la bonne transmission des informations lui permettent d'accepter cette résistance. Mais alors qu'en serait-il des informations destinées à être retranscrites dans un Dossier de Soins Informatisé ? Dans ce cas précis, il s'agit de données importantes dont la retranscription n'implique que le personnel auteur de cette information. Qu'est-il alors nécessaire de mettre en place pour permettre à des personnes réfractaires de s'investir dans une telle modification de travail ?

1.2.2 La problématique de recherche

Au terme de ce travail exploratoire, il me semble légitime de mettre en exergue trois dimensions significatives se rapportant à l'objet de l'étude.

La dimension qualité :

L'ajout d'un système d'exploitation propre à la gestion de l'information soignante revêt un aspect qualité très recherché. Cette qualité optimisée entre dans les prérogatives actuelles de l'institution soignante, notamment celles déclinées dans les process de certification et différents guides de bonnes pratiques (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - IPAQSS). Il convient bien de parler de priorité en la matière.

La dimension humaine :

Les équipes de soins ont depuis très longtemps su évoluer au fil du temps et au gré des nouvelles pratiques. Parallèlement, la demande de reconnaissance de cet accompli semble au travers du discours du cadre de santé sondé, perdurer au sein des équipes de soins. Bien conscientes de l'importance majeure de l'information de nos jours, les équipes de soins émettent, en priorité, le souhait et le besoin d'un accompagnement profitable à toute transition d'organisation. M. FOUURIAT⁹ démontre, en évoquant des phases temporelles nécessaires à tout processus de

⁹ La fonction professionnelle de chacun des auteurs cités est répertoriée en page 79.

changement, le besoin d'une coopération concrète entre tous les acteurs. Mais qu'en est-il sur le terrain ? Qui peut favoriser cette collaboration interpersonnelle?

La dimension opérationnelle :

La mise en place d'un nouvel outil tel le DSI suppose une mobilisation positive en aval et ce, le plus rapidement possible. La réaction des utilisateurs apparaît ici essentielle. Ces derniers, attachés à la stabilité, revendiquent des possibilités d'action, des marges de manœuvre qui peuvent leur être apportées au travers de formations évoquées par les deux professionnels entretenus.

On évoque de plus en plus aujourd'hui les notions de compétence, de polyvalence et de formation tout au long de la vie professionnelle. Celles-ci semblent intimement liées à celle de la motivation de l'individu et au résultat qu'elles produisent conjointement, c'est-à-dire, le « *comportement positif* »¹¹ de l'acteur face à l'appropriation de la situation nouvelle tel que le décrit P. J. VEREECKE. Tous les soignants appliquent-ils ces notions et qui peut s'en assurer ?

Au vu de ces éléments, la problématique de départ peut être affinée :

En quoi la fonction du cadre de santé peut-elle favoriser la mise en place du DSI au sein d'un service de soin, et pallier à une éventuelle résistance au changement de la part des équipes de soins ?

¹⁰ FOU DRIAT Michel, IMMEL Bernard. Temporalité des fonctionnements socio-organisationnels, temporalités des processus de changements et méthodologies d'intervention. In : *SELF-ACE 2001 : Les conséquences des changements technologiques et sociaux sur le travail, la santé et la sécurité* [en ligne]. Montréal : 2001, vol. 2. Disponible sur <<http://www.ergonomie-self.org/documents/36eme-Montreal-2001/PDF-FR/V2-019-R006-FOURDRIAT.pdf>> (consulté le 27/11/2012).

¹¹ VEREECKE Patrick J. Attitude apriorique du personnel infirmier face à l'introduction de l'outil informatique et vision contemporaine du Système d'Information Hospitalier. *Recherche en Soins Infirmiers*, 09/1996, n° 46, pp. 83-93.

2 LES APPORTS CONCEPTUELS

Appréhender toute la dimension du questionnement posé sous-entend, au préalable, l'étude sémantique des différentes notions le constituant. En ce sens, il me paraît intéressant d'en étudier certains concepts au travers de la Littérature, sans prétendre à l'exhaustivité. L'appréhension du champ de l'information corrélée à celle du DSI, l'approche de la notion de changement et enfin l'étude de la fonction managériale du cadre de santé constitueront les grandes parties de cette réflexion théorique.

2.1 Le Dossier de Soins Informatisé

2.1.1 De l'information aux Systèmes d'Information Hospitaliers

La notion d'information est définie comme telle : un « *ensemble organisé de données, qui constitue un message sur un phénomène ou un évènement donné*¹² ». Plusieurs sens peuvent lui être attribués selon le champ d'action considéré et la lecture que l'on en fait. Toute information véhiculée via différents canaux ne suscite l'intérêt de ses destinataires qu'après réception, interprétation et analyse de celle-ci. Au sein de l'entité hospitalière, un volume important d'information transite. Nous y trouvons tout d'abord l'information formelle, résultant des activités médicale, paramédicale, administrative, comptable (...), puis l'information informelle, que représentent les simples échanges entre collègues par exemple.

Longtemps orale, cette information est progressivement devenue écrite, tracée et mémorisée, pour constituer le support indispensable à un travail de collaboration entre les différents professionnels au sein d'un hôpital. Sa gestion revêt un caractère primordial puisque, selon J. DE KERVASDOUE, « *l'essentiel du temps des hospitaliers est consacré à la collecte, au traitement et au transfert d'informations* »¹³. Pour faire vivre cette information, des « *mécanismes de coordination* » s'avèrent nécessaires. Ces derniers s'assimilent à des systèmes d'information (SI) destinés à la gestion de l'ensemble des éléments en lien avec l'activité médicale et administrative circulant au sein d'un hôpital. Il s'agit des SIH, que le Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale caractérise, en 1989, comme « *l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitements nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et*

¹² LES DEFINITIONS. *Le dico des définitions : information*. Disponible sur <<http://lesdefinitions.fr/information>> (consulté le 01/12/2012).

¹³ DE KERVASDOUE Jean. *L'hôpital*. 4^{ème} édition. Paris : Presses Universitaires de France, 2011, 124 p. (Que sais-je ? n° 795). Page 62.

d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique »¹⁴. Bénéficiant d'une qualité en constante amélioration, ces derniers ne sont efficaces que grâce à l'appui d'une organisation. P. BRUNEL, Délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé au Ministère des affaires sociales et de la santé, précise, à ce titre, que c'est le « couple organisation-Système d'Information Hospitaliers »¹⁵ qui prédomine, ce qui suppose un management important conditionnant pour une part le bon fonctionnement de ces SIH.

Depuis leur apparition corrélée, à celle du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) devenu opposable à compter de 1996¹⁶, les SIH deviennent progressivement un réel moyen d'assurer une certaine qualité et continuité de service, tout en constituant un élément indispensable à l'évolution stratégique de tout établissement de santé. En effet, la comptabilité analytique de l'activité médicale étant aujourd'hui le mode comptable adopté au sein de l'hôpital, les SIH en constituent un réel support en lien avec le Département d'Information Médicale (DIM).

Les SIH ont évolué de manière constante ces dernières décennies, du fait de la modernisation des TIC qui, pour une grande part, ont contribué à l'informatisation des données. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP), prônant désormais des technologies par le numérique pour les années futures, les définit comme un moyen de traitement, de stockage et de diffusion de toute information au sein de « réseaux de communication »¹⁷. J. DAMON, précise leur définition et les résume à l'ensemble des « techniques et appareils liés aux télécommunications et à l'informatique ainsi qu'à leurs applications »¹⁸, les distinguant nettement de la seule notion d'informatique qui, elle, reste une science.

L'un des changements les plus importants initiés par les SIH au cours des dernières années, concerne la communication interpersonnelle. Plus seulement présente et directe, cette dernière tend vers une interrelation à distance, mais malgré tout instantanée, par l'intermédiaire de l'écran comme le fax et les mails, par exemple. Cette vitesse croissante de diffusion, qui a favorisé le rapprochement immatériel des interlocuteurs et une réduction des espaces (entre pôles par

¹⁴ Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. *Circulaire ministérielle n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.atih.sante.fr/?id=0002400072FF>> (consulté le 09/05/2013).

¹⁵ BRUNEL Philippe. *Conférence « La performance des systèmes d'Information »*. Paris : Université Dauphine A2, 12/2012.

¹⁶ *Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*. Journal Officiel n° 98 du 25 avril 1996 page 6324. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817&dateTexte=20110523>> (consulté le 13/12/2012).

¹⁷ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX. *Création de valeur par les technologies de l'information et de la communication pour les structures de santé*. 04/2010. 21 p. Page 6.

¹⁸ DAMON Julien. Les mots qui comptent : NTIC [en ligne]. *Sciences Humaines*, 08/2009, n° 204. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/les-mots-qui-comptent-ntic_fr_23523.html> (consulté le 25/11/2012).

exemple), ne s'applique pour autant pas à l'intérieur d'une même unité de soin où l'échange verbal et le « face à face » entre soignants reste une priorité.

2.1.2 Le Dossier Patient Informatisé

Le dossier patient représente à lui seul un module important des SIH. Résumant l'ensemble des démarches menées auprès du patient par les professionnels, il intègre des données de plus en plus complexes. Il est défini, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit* »¹⁹. Ainsi, plusieurs métiers, par le biais d'une coordination transversale, se partagent qualitativement et quantitativement les éléments le constituant. La figure qui suit en propose une illustration :

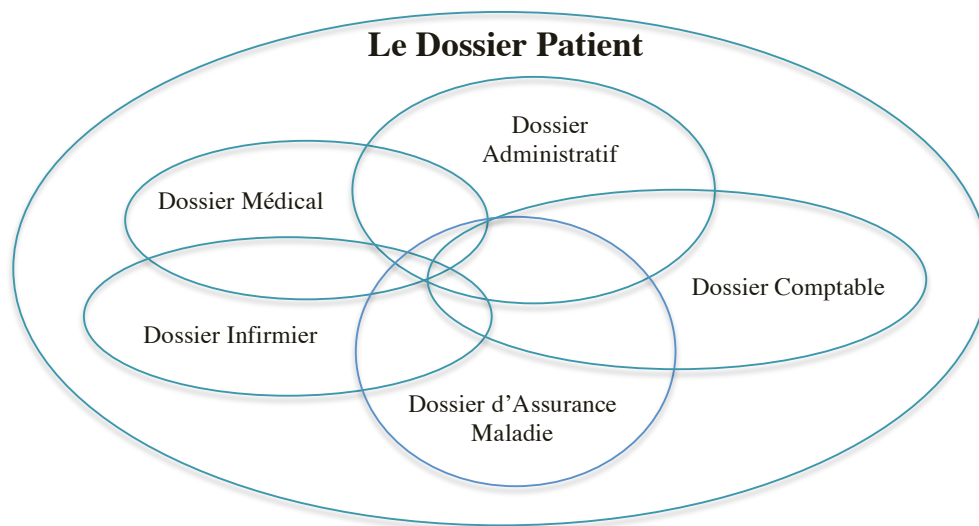


Figure 1 : illustration du dossier patient reproduite par mes soins à partir des travaux de P. DEGOULE et M. FIESCHI²⁰

Ce dossier patient constitue, selon La HAS, un réel outil permettant la « *continuité des soins* ». Son informatisation, pour un gain d'accessibilité, de rapidité de consultation et de traitement de l'information, est de fait admise. Elle offre une structuration plus nette de son contenu :

- par métiers ;
- par types d'information ;
- par chronologie ;
- par acte médical prescrit au patient.

¹⁹ HAUTE AUTORITE A LA SANTE. *Has dossier patient* [en ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient> (consulté le 01/12/2012).

²⁰ DELOULET Patrice, FIESCHI Marius. Informatisation du dossier patient. In *Informatique médicale*. 3^{ème} édition. Paris : Masson, 1998, pp. 119-132. Page 121.

Ce dossier patient devenu DPI recouvre ainsi :

- le volet administratif (mouvement « entrée/sortie », identité, frais de séjours) ;
- le volet médical (observations, comptes rendus opératoires, autorisation d'opérer, notification des risques thérapeutiques, prescriptions) ;
- le volet paramédical (observations paramédicales, réalisations d'actes, suivis biologiques) ;
- le volet social (actes effectués dans le cadre social) ;
- le volet transversal (en lien avec la pharmacie par exemple).

La mise en réseau de l'ensemble de ces informations devient facilitée et davantage flexible. De plus, le DPI peut contenir des données textuelles mais également des données sous autres formes telles que sonores ou bien encore d'imagerie dynamique. Le cadre législatif de l'aspect informatique du dossier patient, à ce jour, s'applique essentiellement à l'encadrement juridique des données personnelles fournies. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) intervient donc dans son rôle de veille et de contrôle du respect de l'identité humaine. Par ailleurs, l'Article 1316-3 de la Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000, portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique²¹, mentionne l'équivalence de la valeur des données informatiques à celles manuscrites et affirme que « *l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier* ».

Le DPI traduit, selon M. DEGOULET et M. FIESCHI « *l'évolution générale de la pratique médicale* », conjointement à celle de « *l'évolution rapide de la technologie* »²². Il a pour finalité la recherche d'une qualité dans le traitement de l'information (diffusion, traçabilité, stockage) et par là-même une optimisation accrue.

Vers le Dossier Médical Personnel

Le DPI représente une composante du Dossier Médical Personnel (DMP) en alimentant une base de données relative à l'ensemble des renseignements personnels à caractère médical. L'objectif d'une application du DMP représente un tournant majeur dans la gestion des données de santé à caractère personnel. Selon l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé (ASIP santé), ce dispositif doit « *permettre l'évolution des pratiques médicales vers une coordination des*

²¹ Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. Journal Officiel n° 62 du 14 mars 2000, texte 1. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000399095&dateTexte=&categorieLien=id>> (consulté le 03/12/2012).

²² DELOULET Patrice, FIESCHI Marius. Op cit. Page 119.

soins en favorisant la culture du partage d'information »²³ et « *constitue un enjeu réglementaire, stratégique, organisationnel et économique* ».

Véritable passerelle entre l'établissement de santé et les soins de ville, le DMP centralise les informations relatives à l'état de santé de tout individu. La qualité et l'exhaustivité des renseignements favorisent ainsi une communication indirecte mais effective entre les différents professionnels. Edictée par la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie²⁴, la mise en œuvre du DMP répond à l'obligation, pour chaque établissement de santé, de communiquer les informations relatives à la prise en charge du patient et de favoriser ainsi la coordination entre les différents intervenants. Ces directives sont dictées par les Articles 1111-14 à 1111-24 du Code de La Santé Publique²⁵, repris et modifiés dans par l'Article 50 de la Loi du 21 juillet 2009 dite HPST.

Le parcours de soins du malade, cité dans cette même loi devient, par l'intermédiaire du DMP, amélioré et accompagné d'une perspective accentuée vers la médecine de ville. Le Patient bénéficie, dans ce contexte, d'une plus large autonomie et d'un droit plus conséquent quant à l'utilisation de ses renseignements personnels en lui offrant, par exemple, la garantie d'accès à ceux-ci ou de définir lui-même les autorisations d'accès.

2.1.3 Le Dossier de Soins Informatisé

Le dossier de soins constitue le volet « *soins journaliers* » du dossier patient, au cours d'un séjour hospitalier. Il est doté d'un caractère individuel et d'une valeur juridique.

Lien privilégié entre l'ensemble des acteurs soignants d'une même unité, il symbolise la cohérence et la continuité des soins apportés au patient et le support du processus des soins prodigués. Véritable mémoire des actes accomplis ou des stratégies de soin adoptées, il incarne le témoin de l'activité, d'une part médicale (par la présence des prescriptions médicales notamment) et paramédicale d'autre part. Il est régi par un ensemble de textes législatifs qui en précisent à la fois son contenu, sa bonne tenue, sa valeur de confidentialité et, depuis 2002, sa transparence permettant à tout bénéficiaire de soin d'en consulter sa teneur.

Ainsi, la bonne tenue du dossier de soins est dictée par le Code de Santé Publique dans son Article R4311-3 ; « *l'infirmier ou l'infirmière (...) est chargé de la conception, de l'utilisation et de*

²³ AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE. *Guide pratique du projet DMP en établissement de santé*. 2^{ème} édition, 05/2012, 83 p. Page 6.

²⁴ *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie*. Journal Officiel n° 190 du 17 août 2004, page 14598, texte n° 2. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F4E579B51D74786E217EC3AA80C64FDB.tpdjo09v_1?cidTexte=JORFTEXT00000625158&categorieLien=id (consulté le 28/11/2012).

²⁵ *Code de la santé publique*. Disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F7029F37F3AC0F695FCE6CA478606054.tpdjo09v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121203 (consulté le 03/12/2012).

la gestion du dossier de soins infirmiers »²⁶. Cette disposition est ratifiée par l'Article 3 du Décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier²⁷.

En application de l'Article R4127-46 du code de la Santé Publique²⁸, confirmé par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²⁹, le dossier de soins a obligation de transparence. En effet, ces textes permettent au patient l'accès aux données du dossier de soins.

Le DSI se compose, de manière générale, de :

- **fiches de transmissions** infirmières et aides-soignantes avec identification du rédacteur ;
- **feuilles de surveillance** des constantes biologiques ;
- **fiche de liaison paramédicale** ;
- **documents émanant d'autres spécialités et de la sphère sociale** ;
- le plus souvent, la **feuille de prescription médicale**.

L'informatisation du dossier de soin, constituant souvent un préalable à celle du dossier patient, apparaît comme une transition favorable. Ainsi, P. J. VEREECKE identifie, déjà en 1996, des apports positifs et souligne les notions de :

- « **qualité** »³⁰ par des prescriptions rapides et sécurisées ainsi que des transmissions ciblées, rapides et concises ;
- « **traçabilité** » efficace par l'enregistrement spontané des données en faveur d'un processus d'identitovigilance amélioré ;
- « **efficacité opérationnelle** » liée au recopiage devenu inutile et à la diminution du nombre d'erreurs de lecture favorisée par une homogénéité des prescriptions ;
- « **secret des données** » respectant parallèlement la confidentialité.

L'utilisation d'un support informatique, en ce qui concerne le DSI, se justifie également par l'évolution des contenus informationnels traités au sein des unités de soins. « *La complexité et*

²⁶ Ibid. *Code de la Santé Publique*. (consulté le 03/12/2012).

²⁷ Décret n° 2002-294 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel n° 40 du 16 février 2002 page 3040, texte n° 18. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E5FE9D480FD9A84D3DF20154EE5EA54D.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000410355&categorieLien=id> (consulté le 03/12/2012).

²⁸ *Code de la Santé Publique*. Op. cit. (consulté le 03/12/2012).

²⁹ *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal officiel du 5 mars 2002, page 4118, texte n° 1. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E5FE9D480FD9A84D3DF20154EE5EA54D.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> (consulté le 03/12/2012).

³⁰ VEREECKE Patrick J. Op. cit.

l'éclatement des données » sont davantage maîtrisés et abordables via une codification et un paramétrage capable de fournir des alertes diverses, lors d'une interaction médicamenteuse par exemple.

2.1.4 Le Dossier de Soins Informatisé et l'équipe de soins

Ce DSI, nouveau support de communication, est un outil transversal qui a pour but de favoriser le travail collaboratif de professionnels de services voire de pôles différents, et dont la finalité est la qualité de la prise en charge de l'utilisateur. Son implémentation peut revêtir un caractère « révolutionnaire » au sein d'un service de soin, tant elle modifie, bouleverse et bouscule des pratiques ancrées depuis de nombreuses années.

Les soignants concernés par ce nouveau support informatique peuvent alors se poser de nombreuses questions diverses et variées, telles que :

- s'agira-t-il d'un changement progressif ou bien instantané ?
- l'ensemble des soignants est-il déjà familiarisé avec l'utilisation de l'informatique ?
- l'accompagnement des professionnels par un référent « expert » sera-t-il envisagé ?
- les supports existants deviendront-ils désormais caducs ?
- l'utilisation n'est-elle pas chronophage, du moins au début ?
- la transmission ciblée inhérente au DSI et qui représente parfois un nouveau modèle de transcription, ne sera-t-elle source d'angoisse ?
- la perte d'informations n'est-elle pas à craindre du fait d'une écriture informatique certainement plus concise ?
- le parc de matériels (ordinateurs) sera-t-il suffisant pour un ensemble de professionnels dont l'action première se situe au chevet du malade ?

Toutes ces questions témoignent d'une évolution des pratiques et sont à prendre en considération afin d'anticiper au mieux le changement.

2.2 Le changement organisationnel

Le changement est un terme très générique et peut être de nature très différente. Dans le cadre de l'étude, le changement est appréhendé davantage sous le prisme de l'innovation, elle-même représentée par l'outil de travail implanté, impactant ainsi la pratique de travail au quotidien au sein du service de soin.

2.2.1 L'hôpital : une organisation, des acteurs

L'entreprise hospitalière est une organisation complexe et humaine. C. BALLE la caractérise comme un « système impersonnel qui coordonne les efforts humains, avec toujours un but comme principe unificateur et coordinateur »³¹. Hormis cet aspect, elle est davantage singulière par son aspect bureaucratique professionnel qui modélise une activité de production, essentiellement structurée sur les compétences et les savoir-faire des professionnels la composant. Une hiérarchie prégnante et un ensemble de règles appliquées en structurent le fonctionnement général.

La pérennité d'une telle organisation dépend en grande partie de son adaptation à un environnement qui évolue, et à celle de l'ensemble de ses membres. Afin de pouvoir œuvrer conjointement, les différents acteurs créent ce que P. BERNOUX nomme « le phénomène social »³² qu'il définit comme « le fruit d'interactions et de compromis entre les acteurs »³³. Ces derniers constituent les « ajustements mutuels » permettant la régulation des « comportements les plus concrets »³⁴, qui dépendent en grande partie des croyances et valeurs de chacun.

L'approche stratégique :

Dans un système organisé dont la coordination est régie par le pouvoir et l'autorité, cette approche cherche à définir la construction de règles par l'existence d'une régulation entre acteurs. Les comportements de ces derniers reposent sur des stratégies adoptées, préservant les intérêts individuels. Cette lecture gravite, selon M. CROZIER et E. FRIEDBERG, autour de la notion de « zone incertitude »³⁵ au cœur des relations humaines, génératrice de pouvoir pour l'individu. Ces auteurs décrivent ce pouvoir « bi directionnel » offrant à chacun des acteurs la possibilité d'exercer une contrainte sur autrui et, ce faisant, de satisfaire ses propres exigences. Chaque acteur bénéficie ainsi d'une certaine autonomie face à toute situation contextuelle qu'il va plus ou moins tenter de maintenir en l'état ou d'amplifier par un jeu de manipulation doublée de négociation. Cela constitue, énoncent-ils, les « construits d'action collective » par lesquels « les problèmes sont redéfinis et les champs d'interaction aménagés ou organisés de telle façon que, dans la poursuite de leurs intérêts spécifiques, les acteurs ne mettent pas en danger les résultats de l'entreprise collective »³⁶. Les acteurs collaborent ensemble vers des objectifs partagés, mais non communs.

³¹ BALLE Catherine. *Sociologie des organisations*. 8^{ème} édition. 3^{ème} tirage. Paris : Presses Universitaires de France, 2011, 122 p. (Que sais-je ? n° 2499). Page 31.

³² BERNOUX Philippe. *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. 2^{ème} édition. Paris : Seuil, 2010, 345 p. (Points, n° 634). Page 21.

³³ Ibid. BERNOUX Philippe. Page 23.

³⁴ Ibid. BERNOUX Philippe. Page 57.

³⁵ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. 2^{ème} édition. Paris : Seuil, 1981, 478 p. (Points, n° 248). Page 23.

³⁶ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. Op. cit. Page 22.

L'approche systémique :

Née de la sociologie compréhensive (sens de l'action menée) initiée par M. WEBER, l'approche systémique s'intéresse à l'enchevêtrement des différents niveaux de l'organisation et des différents sous-systèmes qui la composent, pour en interpréter l'interdépendance. L'analyse systémique considère :

- l'ensemble des relations entre les acteurs ;
- leur influence réciproque ;
- l'influence du milieu dans lequel ils évoluent.

La compréhension des différents faits sociaux, à l'intérieur d'un groupe, repose sur une « causalité qui consiste à considérer effets et causes comme interdépendants à l'intérieur d'un système »³⁷. Il s'agit d'un système d'interaction forte ou d'interdépendance. La culture d'un tel système, ses objectifs et ses mécanismes de régulation ont une incidence sur les comportements humains, décrits selon G. BATESON, comme « les unités élémentaires d'un système qui assure la régulation de l'ordre social »³⁸.

La posture managériale consiste, dans ce cadre organisationnel, à identifier et comprendre les mouvements individuels afin de pouvoir maintenir une dynamique de groupe satisfaisante. La recherche du sens que donne chacun des acteurs à son action est, pour P. BERNOUX, une ressource indispensable au pilotage d'un collectif. La contrainte d'une modification de pratique de la part du professionnel, susceptible de générer des phénomènes de résistance, peut se traduire par une perte de liberté que doit anticiper l'encadrement hiérarchique.

2.2.2 Le changement et ses résistances

Selon le dictionnaire LAROUSSE, le changement, d'un point de vue général, se définit comme une « action, fait de changer, de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre »³⁹ et, à la fois comme une « modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi ». La lecture de la seconde définition prédomine la notion de scission entre une situation confortable, stable et maîtrisée et une nouvelle susceptible de créer de l'incompréhension, voire un sentiment d'angoisse.

Les études sociologiques, propres aux organisations sur les phénomènes de changement, sont nombreuses et témoignent ainsi de la fréquence de ceux-ci au cours de la vie institutionnelle.

³⁷ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. Op. cit. Page 233.

³⁸ DE LA VEGA Xavier. Penser le changement [en ligne]. *Sciences Humaines*, 07/2004, n° 151. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/penser-le-changement_fr_4254.html> (consulté le 07/12/2012).

³⁹ DICTIONNAIRE LAROUSSE. *Larousse.com*. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>> (consulté le 08/12/2012).

Ainsi, la théorie structuraliste, telle que l'avance P. BERNOUX, « affirme qu'il y a une logique dominante »⁴⁰ au changement qui s'applique dans une organisation dont ses différents éléments constitutifs forment « un tout cohérent » dans lequel « s'impliquent les uns les autres ».

En revanche, selon M. CROZIER et E. FRIDEBERG, le changement n'est pas chose logique ou encore naturelle. Il est le résultat d'une « transformation d'un système d'action »⁴¹, c'est-à-dire la mise en pratique de « nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social », nécessitant la redéfinition des intérêts et de la zone de pouvoir de chacun des acteurs. Il s'agit, pour l'individu, d'« une attitude rationnelle »⁴² affirme F. DE KONINCK qui mentionne ici l'importance de la négociation entre acteurs, accordant à chacun la découverte d'une nouvelle marge de liberté dans la disposition inédite.

Le changement dans une organisation, selon P. BERNOUX, est finalement « le résultat d'une combinaison entre un ensemble de forces, les contraintes, les institutions et les acteurs, où se mêlent domination et liberté »⁴³. L'auteur le ressent davantage comme « une rupture suivie d'une capacité à réguler », que comme une simple crise définie comme « une rupture jointe à une incapacité à réguler cette rupture »⁴⁴. Cela sous entend un processus capable de s'inscrire dans la continuité, par le biais de nouveaux ajustements entre les protagonistes qui élaborent de nouvelles règles de fonctionnement et de coopération, au travers d'un nouveau « référentiel »⁴⁵ commun de conventions collectives. Celui-ci est sans cesse renégocié dans le cadre d'une « régulation autonome »⁴⁶ décrite par J.D. REYNAUD, en parallèle à une « régulation contrôlée » et formelle.

La résistance au changement se manifeste souvent par le refus, de la part des acteurs, de perdre des automatismes sécurisants ou bien encore par une démotivation. Cependant, cette opposition ne traduit, selon J.L. HEMERY, « ni un manque de motivation, ni de la mauvaise foi »⁴⁷. L'« émotion négative », susceptible d'être perçue par tout professionnel, peut s'exprimer de manière différente, telle que :

- une baisse d'investissement du salarié dans sa tâche ;
- un comportement de retrait voire d'opposition ;
- un absentéisme répété ;

⁴⁰ BERNOUX Philippe. Op. cit. Page 79.

⁴¹ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. Op. cit. Page 383.

⁴² DE KONINCK Frédéric. Résister au changement : une attitude rationnelle [en ligne]. *Sciences Humaines*, 03/2000, H.S. n° 28. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/r-sister-au-changement-une-attitude-rationnelle_fr_12046.html> (consulté le 08/12/2012).

⁴³ BERNOUX Philippe. Op. cit. Pages 20.

⁴⁴ BERNOUX Philippe. Op. cit. Page 195.

⁴⁵ BERNOUX Philippe. Op. cit. Page 95.

⁴⁶ DETCHESSAHAR Mathieu, GREVIN Anouk. *Le « tournant gestionnaire » des établissements de santé et son impact sur la santé au travail : le cas d'un centre de soins de suite malade « gestionnité »* [en ligne]. Disponible sur <www.reims-ms.fr/agrh/.../2009detchessahar-grevin038.pdf> (consulté le 28/12/2012).

⁴⁷ HEMERY Jean-Luc. Le rôle des émotions [en ligne]. *Sciences Humaines*, 03/2000, H.S. n° 28. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/le-r-le-des-motions_fr_12036.html> (consulté le 08/12/2012).

- une recherche - inconsciente - du conflit (...).

Très souvent, ces phénomènes témoignent d'un processus de mutation difficile et non abouti. Malgré tout, dans ce cas de figure, cette résistance au changement revêt un caractère positif car elle alerte le cadre de santé qui doit réagir en actionnant les leviers à sa disposition pour dépasser cette manifestation individuelle ou collective.

La théorie des acteurs/actants :

Appliquée à toute mise en place d'innovation, la théorie des acteurs/actants est également nommée « *théorie de la traduction* »⁴⁸ par M. CALLON et B. LATOUR. Elle s'inscrit dans l'approche sociologique de l'action et place l'acteur au centre de la réflexion. P. BERNOUX précise : « *si les changements sont le plus souvent impulsés par les responsables, ils ne se réalisent que si les individus et les groupes, qui ont toujours une part de liberté dans leurs rôles, acceptent ces changements* »⁴⁹. L'acteur doit posséder, de par son rôle au sein de l'organisation, une autonomie (précédemment citée), accompagnée d'une légitimité conditionnée par le sens qu'il donne à son action. Il se trouve ici, de fait, mobilisé dès la phase de conception de toute nouvelle méthode de travail. La notion de traduction apparaît ici perceptible. Associant les connaissances hétérogènes, elle permet de décrypter l'information, engageant un langage commun, et créant ce que P. BERNOUX cite : « *la mise en réseau de l'innovation* »⁵⁰.

Trois phases constituent l'application de cette théorie :

- « *phase de repérage des acteurs* » concernés de manière exhaustive ;
- « *recherche d'une question commune* », par la mise en exergue d'un sens commun appliqué à la nouveauté ;
- « *démarche innovation-changement* » qui consiste en la définition de nouvelles pratiques actées de manière collégiale.

Ces trois phases représentent le préalable, selon cette conception, à toute transmission de nouveauté, d'innovation. Cette théorie repose très nettement sur la recherche d'implication des acteurs aux nouvelles dispositions de travail envisagées. Le passage du dossier papier au dossier informatisé nécessite, selon ce précepte, l'implication des professionnels utilisateurs dès sa phase de conception, c'est-à-dire avant même l'arrivée des logiciels supports déterminés au sein du service. Ces professionnels doivent pouvoir émettre avis et recommandations quant à la création du nouvel outil de travail. Le rôle du cadre de santé est, ici, d'impulser la dynamique de réflexion de terrain en amont, et de créer les opportunités incitant l'écoute attentive de la part du pouvoir

⁴⁸ PLANE Jean-Michel. *Théorie des organisations*. 3^{ème} édition. Paris : Dunod, 2008, 120 p. (Les topos). Page 90.

⁴⁹ BERNOUX Philippe. Op. cit. Page. 85.

⁵⁰ BERNOUX Philippe. Op. cit. Page 221.

décisionnel. Ce processus représente, selon les auteurs, un réel levier à la motivation des personnes concernées par le changement.

2.2.3 La motivation

Dans un contexte de changement, la motivation, composante forte dans l'implication du professionnel au quotidien, en devient perturbée tout en restant subjective. Seul l'individu est en mesure de la quantifier au gré de ses actions. Selon le Dictionnaire LAROUSSE, la motivation se résume à un ensemble de « *raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action ; fait pour quelqu'un d'être motivé à agir* »⁵¹. Le besoin constitue l'élément central dans l'appréhension de la notion de motivation.

La motivation selon A. MASLOW :

Les besoins sont pour A. MASLOW, hiérarchisés et matérialisés au travers d'une construction graphique : la pyramide des besoins.

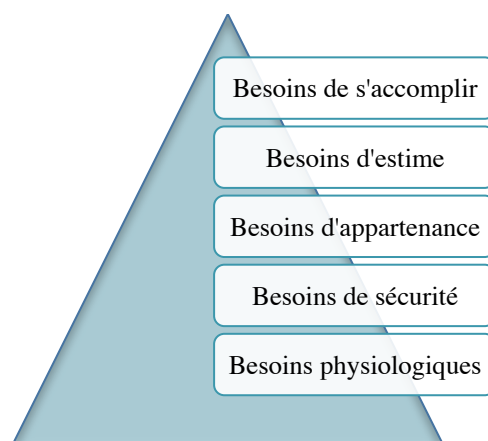


Figure 2 : illustration de la Pyramide des besoins selon A. MASLOW⁵²

L'ensemble des besoins est répertorié par nature. Selon A. MASLOW, la hiérarchisation des besoins est symbolisée par une gradation que l'homme doit suivre progressivement pour vivre, jusqu'à un épanouissement de soi. Les besoins du premier niveau sont, pour l'individu, ceux à satisfaire en priorité et il est, selon lui, inconcevable de pouvoir assouvir des besoins de niveau supérieur dès lors que ceux du niveau inférieur ne le sont pas encore. Ainsi, les premiers besoins concentrent les exigences primaires de survie (hydratation, nourriture, sexualité, etc.), le deuxième palier, les besoins de sécurité (stabilité, protection, etc.) etc. Dans le cadre d'un processus de changement, plusieurs niveaux sont concernés. Ainsi, les besoins de sécurité, d'appartenance et d'estime de soi semblent constituer des paliers majeurs pour l'individu. La possibilité pour lui de se

⁵¹ Dictionnaire LAROUSSE. *Larousse.com*. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784>> (consulté le 09/12/2012).

⁵² Illustration réalisée par mes soins.

montrer actif ou impliqué dans une démarche particulière, n'est évidente que s'il se situe à l'écoute de ce besoin correspondant.

Par ailleurs, les enseignements d'A. MASLOW indiquent une modification, au cours du temps, dans la manifestation de la motivation chez tout individu. Ainsi, une motivation liée à la satisfaction d'un même besoin se manifestera de manière différente chez l'homme selon la période donnée, laissant pressentir parfois une démotivation. Le manager, en qualité d'observateur dans le cadre d'une conduite de projet, doit donc prendre en compte cette notion importante afin de ne pas préjuger, à tort, d'un désintéressement du personnel soignant.

La motivation au travail selon F. HERZBERG :

L'apport général des travaux de F. HERZBERG se centre sur le rapport motivation et réalisation au travail, jugeant cette dernière comme « *le besoin suprême de l'homme* »⁵³. Reprenant les schémas conçus par A. MASLOW, F. HERZBERG nuance la hiérarchie inéluctable des besoins établie au sein d'un développement individuel. En effet, il avance une « *théorie de contexte* »⁵⁴ qui, par des facteurs environnementaux, impacte sur le « *contenu motivationnel* » du salarié. Au bilan d'une étude expérimentale, il parvient à cerner deux sortes de facteurs prédominants influant la motivation :

- des facteurs extrinsèques qui se rapportent à l'environnement au travail (organisation et conditions de travail, relations avec les collaborateurs, etc.) nommés « *facteurs d'ambiance* » qui, s'ils n'ont pas d'incidence sur l'apport motivationnel, agissent en revanche sur la démotivation du salarié.
- des facteurs intrinsèques portés sur l'intérêt au travail, les responsabilités, la reconnaissance de statut (...) de la part du salarié.

F. HERZBERG accorde davantage d'importance à cette seconde catégorie de facteurs qui nourrissent pleinement l'excitation et la stimulation de l'employé. Impliquer des personnels dans la mise en place et le paramétrage d'un logiciel informatique par exemple, semble de fait approprié et nécessaire à cette « *auto-motivation* » précitée. Cette donnée essentielle est ainsi à prendre en compte par l'encadrement hiérarchique.

⁵³ DOGOR DI NUZZO Béatrice. Les facteurs motivationnels : les besoins humains. In *Le management de la motivation, améliorer les services*. Corneilles-Le-Royal : Editions Management et Société, 2011, pp. 86-104 (Pratiques d'entreprises). Page 100.

⁵⁴ LOUART Pierre. *MASLOW, HERZBERG et les théories du contenu motivationnel* [en ligne]. Centre Lillois d'Analyse et de Recherche sur l'Evolution des Entreprises UPRESE CNRS 8020. Lille, 2002. Disponible sur <http://www.stephaneaeffliger.com/campus/biblio/003/Maslow_et_Herzberg/meheltnm.pdf> (consulté le 09/12/2012).

2.2.4 Le changement par la capacité d'apprentissage

Faire face au changement implique, pour l'intéressé, un nouveau regard sur une situation modifiée. C'est l'occasion pour lui, selon V. BERIA, « *de faire sien une idée, un concept, un modèle* »⁵⁵ dans l'action du changement. J.L. HEMERY avance que : « *l'homme reste le système le plus sophistiqué pour s'adapter au changement* ». L'étude d'une pédagogie individuelle s'avère donc utile, et s'assimile à un modèle d'apprentissage par accommodation à une situation nouvelle ainsi qu'à l'appréhension de ses propres émotions.

Le changement comme développement personnel :

Le développement personnel est, selon P. PHILIPPOT, un outil permettant le passage d'un état à un autre, par le biais de l'acquisition de nouveaux savoirs et savoir-faire.

J.L. HEMERY indique que les changements importants de pratiques, comme l'utilisation informatique, nécessitent, de la part de l'individu, une modification de ses connaissances et représentations. Ce bouleversement en profondeur répond à un changement de type 2 décrit par G. BATESON⁵⁶. Il attribue ce changement de niveau 2 à une modification complète du système, *a contrario* du changement de niveau 1 qui, lui, ne fait appel qu'aux simples automatismes des acteurs, excluant la modification des capacités d'attention et de concentration de l'individu. Cette approche ramène à la dimension cognitive de la personne qui, pour P. PHILIPPOT⁵⁷, apporte des indices sur ses propres capacités à mémoriser, synthétiser et organiser sa pensée. Mais, selon l'auteur, il est également possible de s'interroger sur l'apprentissage du changement chez l'Homme, d'un point de vue psychique, c'est-à-dire par l'appréhension de la régulation de ses propres émotions.

La place des émotions :

Le changement personnel, selon les auteurs mobilisés, ne se résume pas au simple fait de « vouloir » et de « pouvoir ». En effet, interviennent les émotions propres à chacun.

Toujours selon P. PHILIPPOT, « *les émotions mobilisent l'individu dans toutes ses composantes, biologiques, cognitives et comportementales* ». Par conséquent, en présence d'une situation nouvelle, force est de constater l'appréhension, voire l'angoisse de ne pas parvenir à gérer la transition. Il s'agit, selon lui, du résultat de l'analogie entre les souvenirs et les projections dans l'avenir. Ces ruminations de pensées négatives sur ses propres capacités, génèrent de l'angoisse et imposent à l'individu des axes de travail personnel à privilégier lors du processus de changement.

⁵⁵ BERIA Véronique. Le changement : quel enjeu pour le cadre de santé ? Dossier : Le cahier du management. *Objectif soins*. 01/2004, n° 122. pp. 2-6.

⁵⁶ HEMERY Jean-Luc. Op. cit.

⁵⁷ PHILIPPOT Pierre. Dossier : Les voies du changement personnel [en ligne]. Dossier : Former, se former, se transformer. *Sciences Humaines*, 03/2003, n° 40. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/les-voies-du-changement-personnel_fr_12889.html> (consulté le 08/12/2012).

Ainsi, l'auteur avance que mettre du sens et « *générer mentalement des émotions permet à l'individu de ressentir comment il serait affecté dans telle situation hypothétique* ». La notion d'anticipation est soulignée et facilite, selon lui, le vécu émotionnel lors de période de transformation. Ceci fait, en somme, référence à l'« *intelligence émotionnelle* » que qualifie C. BALLE comme la « *capacité à identifier ses propres émotions, les intégrer dans son activité cognitive (pensée), comprendre leur implication et enfin contrôler, utiliser ou susciter des émotions chez soi ou chez autrui* ».

De ce postulat il résulte, pour les personnes, un vécu différent pour une même situation, laissant supposer une attention particulière et un apprentissage individualisé. Le management à opérer dans le cadre d'un changement de pratique, du fait de l'utilisation de l'informatique, doit ainsi tenir compte de différents éléments propres au professionnel tels que :

- ses capacités individuelles d'accommodation (création de nouveaux points de repères techniques, relationnels) et d'apprentissage de nouvelles méthodes ;
- sa capacité à percevoir tout intérêt au changement de pratique, par le sens attribué à l'outil informatique et la maîtrise de dernier ;
- sa faculté à mobiliser sa motivation et à questionner ses propres émotions lui permettant de gérer l'anxiété contextuelle.

Les acteurs vont faire appel à l'ensemble de ces aptitudes émotionnelles et traverser trois grandes étapes constituant la période de transition, telle que la décrit l'ANAP en s'appuyant sur les travaux d'E. KÜBLER ROSS :

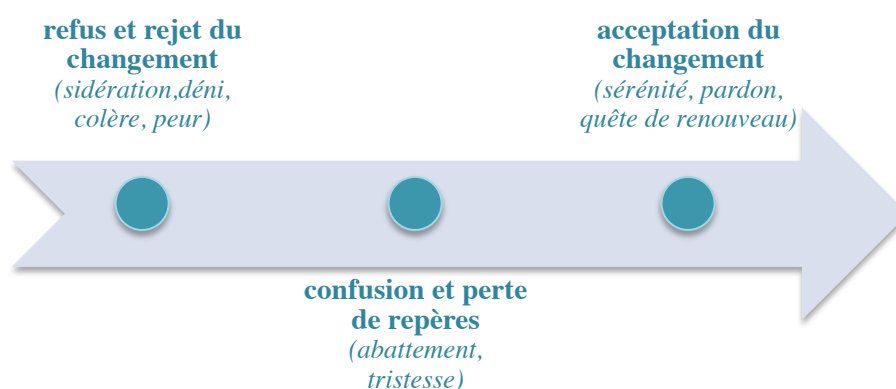


Figure 3 : illustration de la courbe des étapes du deuil selon l'ANAP, inspirée des travaux d'E. KÜBLER ROSS⁵⁸

⁵⁸ Illustration réalisée par mes soins, à partir des travaux de l'ANAP. *Piloter et manager le changement, les projets au sein du pôle*. 04/2012. Page 42. Disponible sur <http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Piloter_et_manager_les_projets_au_sein_d_un_pole.pdf> (consulté le 26/01/2013).

Cette représentation schématique permet de repérer à quel niveau d'étape se situe chacun des acteurs tout au long du changement et, ainsi, de servir de base de réflexion au cadre de santé en charge de leur pilotage.

2.3 Le cadre de santé comme « maître d'œuvre »

Accompagner le changement est une des nombreuses missions confiées au cadre de santé. Egalement nommé cadre de proximité, il est au plus près du centre opérationnel pour manager la mutation qui peut s'opérer sous forme de projet.

2.3.1 D'une fonction d'encadrement à une mission managériale

Le rôle d'encadrement en établissement de santé a, depuis son origine, évolué. Observer les réformes de son statut, au fil du temps, permet de mettre en évidence une mission managériale qui, progressivement, s'est imposée jusqu'à devenir omniprésente.

2.3.1.1 Un bref retour sur l'historique

P. BOURRET, cadre de santé et Docteur en sociologie, rappelle que la notion « *cadre* » est issue du monde industriel où son émergence, dans les années 1930, était liée à la volonté de « *créer un lien entre une classe ouvrière montante et radicalisée, et un patronat français de droit divin* »⁵⁹ ; le tout dans un contexte d'évolution économique qui amènera l'idée d'une rationalisation de production.

Dans le monde de la santé, cette fonction de cadre s'applique depuis le Moyen-âge mais sa terminologie n'est devenue officielle qu'à partir de 1975. Auparavant, au temps d'une institution soignante dédiée à l'hébergement et à la prise en charge globale des démunis, la hiérarchie religieuse assurait l'encadrement. C'est ainsi que « *la religieuse est la surveillante générale ; elle fait la répartition des aliments que distribuent les infirmiers ; elle règle les rapports avec la lingerie, veille au maintien de l'ordre et de la discipline dans la salle* »⁶⁰

Vers la fin du 19^{ème} siècle, de par la laïcisation des établissements de santé et la mise en place du pouvoir médical, émerge la fonction de surveillance face à du personnel infirmier peu formé au départ. Cette fonction de surveillance ne deviendra officielle qu'en 1906 par le fait de la Circulaire « *Combes* »⁶¹. Une formation spécifique nécessaire sera mise en place et, c'est ainsi, qu'après un premier modèle d'enseignement initié par le Décret n° 58-1104 du 14 novembre en

⁵⁹ BOURRET Paule. Approche socio historique de la catégorie des cadres en général et des cadres de santé en particulier. In *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. 3^{ème} tirage. Paris : Seli Arslan, 2006. pp. 15-31. Page 16.

⁶⁰ Ibid. BOURRET Paule. Page 23.

⁶¹ Ibid. BOURRET Paule. Page 29.

1958⁶², un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante sera créé. A cette époque, le personnel accédant à ce titre était issu seulement de la filière infirmière.

La hiérarchisation, indispensable au vu de la montée en puissance des savoirs et savoir-faire en matière de médecine, a pour conséquence la création du nouveau statut de cadre infirmier à l'issue du Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975, relatif au certificat cadre infirmier⁶³. La logique économique, devenue marquante à la fin des années 1990, suscitera la refonte du système de soins hospitaliers⁶⁴ et fondera une nouvelle formation destinée à l'encadrement, davantage axée sur la dimension managériale. La formation de cadre infirmier devient, par conséquent, accessible aux diverses professions paramédicales en exercice. La publication du Décret n° 95-926 du 18 août 1995, portant création d'un diplôme de cadre de santé⁶⁵, signifie la création d'un nouveau type d'encadrement soignant hospitalier, « *chargé de mettre en œuvre de nouvelles procédures et démarches, souvent fondées sur une approche transversale* ». Il revient aux nouveaux cadres, ajoutent les sociologues S. DIVAY et C. GADEA, « *de non seulement fédérer des salariés, mais également de leur transmettre les principes et une vision du monde hospitalier qui sous-tendent la rationalisation de l'hôpital public* »⁶⁶.

La fonction de management, clairement établie, est indéniablement apparue de manière progressive et en réponse à un ensemble d'exigences en terme d'efficacité de production.

2.3.1.2 La mission managériale

Elle s'est assimilée petit à petit à la mission propre d'encadrement de proximité. En septembre 2009, C. DE SINGLY, alors Directrice de l'institut de management de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, pointe, dans son rapport de la mission Cadre Hospitalier, un « *net renforcement de la dimension managériale de la fonction d'encadrement* »⁶⁷, du fait d'une « *distanciation progressive de son métier d'origine* » et majoré par un besoin de coordination et de cohérence accru entre les acteurs de santé. Elle précise que l'« *éclatement des structures et*

⁶² Ibid. BOURRET Paule. Page 31.

⁶³ Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier. Journal Officiel du 12 octobre 1975 page 10566. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0A1F2C847F37852EE8AB83F976359426.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000307543&categorieLien=id (consulté le 15/12/2012).

⁶⁴ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel n° 179 du 2 août 1991 page 10255. Disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DE1F3B9002F88D7A652252D7DD8A0C60.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id (consulté le 15/12/2012).

⁶⁵ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Journal Officiel n° 193 du 20 août 1995 page 12468. Disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DE1F3B9002F88D7A652252D7DD8A0C60.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&categorieLien=id (consulté le 15/12/2012).

⁶⁶ DIVAY Sophie, GADEA Charles. Les cadres de santé face à la logique managériale. In *XIVème journée d'études du GDR CADRES*, « *Encadrer sous contrainte : les encadrants des organisations publiques* ». Annecy : Institut de Management de l'Université de Savoie, 12/2007. Disponible sur http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/26/90/36/PDF/GDR_CADRES_2007.pdf (consulté le 28/04/2013).

⁶⁷ DE SINGLY Chantal. *Rapport de la mission Cadre Hospitalier du 11 septembre 2009*. 122 p. Page 28.

beaucoup de pluridisciplinarité » impliquent nécessairement la participation de ces personnels dans les décisions et mises en place des stratégies de fonctionnement au niveau organisationnel.

Le cadre de proximité ne peut ainsi se défaire d'un rôle de gestion administrative ancien, et remplit une fonction très active dans l'explicitation et la diffusion de la stratégie institutionnelle auprès des personnels. D'une posture d'encadrement, reposant sur la maîtrise d'une compétence technique des soins acquise au fil de l'ancienneté, le système de soins hospitaliers s'est doté d'un encadrement pluridisciplinaire endossant des missions transversales, avec un aspect économique important.

L'une de ces missions transversales concerne la « *responsabilité de projet* »⁶⁸. Ainsi, le cadre de santé est garant d'une mise en application optimale d'un dossier de soins informatisé au sein d'une unité. Cette mission constitue un réel projet de service, inhérent au projet d'établissement.

Selon H. MINTZBERG :

Le travail de cadre perçu comme « *un art, pas une science* »⁶⁹.

H. MINTZBERG fait partie des sociologues ayant pensé la fonction d'encadrement au sein de l'organisation, dictée par la rationalisation dans sa production. Il décline dix rôles essentiels pour le cadre manager. Transposer certains d'entre eux, en lien avec la gestion de projet et l'accompagnement au changement, vers l'institution soignante et la fonction de cadre de santé de proximité d'aujourd'hui, semble tout à fait pertinent. A savoir :

- Le rôle d'*agent de liaison*, dont il faut souligner l'importance, correspond à la place qu'occupe le cadre de santé au sein de l'organisation hiérarchisée. Il représente, en quelque sorte, le diffuseur de l'information ascendante et, surtout descendante lorsqu'il s'agit, par exemple, de nouvelles pratiques professionnelles à adopter, telle l'utilisation d'un nouvel outil de travail par l'équipe soignante. Dans un contexte de mutation organisationnelle, le cadre de santé est l'interface entre le service dont il a la charge et l'environnement (instances directionnelles, autres services de soins et services support, etc.). Il symbolise le lien entre son unité fonctionnelle et les autres unités, constituant ainsi un réseau soutien dans toute conduite de projet.

- Le rôle de *leader* paraît peut-être le plus important dans une conduite de projet. L'une des caractéristiques majeure de ce rôle s'avère, selon l'auteur, être l'activité liée à la motivation des

⁶⁸ Ibid. DE SINGLY Chantal. Page 24.

⁶⁹ MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*. 2^{ème} édition, 7^{ème} tirage. Paris, Eyrolles Editions d'Organisation, 2011. 283 p. Page 188.

collaborateurs dans une dynamique de groupe professionnel. Cette fonction de *leadership* est également toute aussi essentielle pour apprécier l'adéquation entre les propres souhaits et objectifs de chacun des personnels et de ceux de l'institution. Un dysfonctionnement à ce niveau aurait pour conséquence une opérationnalité défailante et, de ce fait, une production inefficace. Par ailleurs, le cadre de santé représente, au travers de ce rôle, l'autorité formelle qu'il juge bon d'exercer. Cette autorité peut constituer un levier utile face à toute résistance au changement, bien que le caractère irréversible de celle-ci, dans la mesure où elle est évolutive, ne soit pas établi de façon certaine.

- Le rôle du cadre *observateur actif* se situe au niveau de la dimension informationnelle de la fonction managériale. En position centrale et distanciée, il possède toute légitimité pour détecter les difficultés et problèmes. D'un regard clinique, non plus sur les patients mais sur l'ensemble des personnes constituant son équipe, il anticipe et appréhende réticence, conflit et autre opposition. Ce rôle d'observateur actif complète celui de *diffuseur* de l'information. Ainsi, c'est à lui que revient la mission de transmettre toute nouvelle initiative institutionnelle concernant l'organisation locale.

- Les rôles d'*entrepreneur* et de *négociateur* sont le plus souvent associés du fait que le premier ne peut aboutir sans le résultat du second. Le cadre de santé se positionne à l'initiative des changements au sein de l'organisation locale (service de soins), justifiant ainsi les mutations institutionnelles. Pour ce faire, il ne peut se soustraire à la négociation avec certains collaborateurs réfractaires en première intention. Discuter de l'attribution des missions spécifiques à chacun des intervenants de l'unité permet d'adapter le travail effectif et ainsi d'avancer en collaboration. De plus, la mise en place de délégations facilite toute posture entrepreneuriale. Déléguer, c'est impliquer le personnel au travers de missions en interne ou de missions transversales à l'institution, via la création de groupes de travail.

- Le dernier rôle intéressant à noter est celui de *régulateur*. L'auteur évoque, à travers celui-ci, la détection et la réactivité du cadre lors de perturbations organisationnelles. L'implémentation d'un DSI occasionne une perturbation du travail au quotidien. Dans une telle situation, le cadre de santé se voit alors confier un rôle primordial dans le traitement de ce bouleversement. Des arrangements organisationnels sont donc à entreprendre, soit immédiatement, soit à plus long terme comme dans le cadre de la problématique traitée. Le régulateur doit alors examiner l'origine du problème et entreprendre des ajustements réfléchis, collectifs et flexibles.

Acteur primordial de l'organisation hospitalière, le cadre de santé de proximité en situation de « pivot »⁷⁰, décrit par L. BRAY et C. VANDERLIEB, doit établir un équilibre de proximité au sein de son équipe, et savoir faire accepter une autonomie de tâches. Comme tout acteur, dans une période de transition, le cadre de santé ne peut refuser toute remise en question. Il s'appuie sur une réelle logique de pensée, à des fins d'apprentissage personnel, qu'il pourra ensuite insuffler à l'ensemble des soignants. Pour ce faire, il faut être capable de reconsidérer les principes guidant son action. La question du décalage entre le résultat escompté d'un travail et le résultat effectif se pose ici. Adapter l'instruction au réel est une part essentielle du travail de cadre de santé, et suppose un certain ajustement des modalités d'action au quotidien. Il s'agit pour lui d'avoir « *un regard à double focale* »⁷¹ explique P. BOURRET, c'est-à-dire d'une part, tenir compte de l'individualité et de la « *singularité* » de la personne et, d'autre part, ne pas briguer en permanence « *les objectifs généralisables* ». La conduite du changement nécessite, pour le cadre de santé, l'instauration d'une culture managériale suivie de son application.

2.3.2 Le cadre de santé « accompagnateur de projet »

Etape importante, la mise en place d'un DSI dans une unité de soins nécessite une organisation et une gestion spécifiques. Le cadre de santé est acteur à part entière dans un tel dispositif. L'Article 3 du Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012, portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière⁷², fixe clairement cet attribut. Il stipule, dans son second alinéa, que les agents du grade de cadre de santé acceptent « *des missions communes à plusieurs pôles d'activité clinique et médico-technique ou de chargé de projet au sein de l'établissement* ».

La notion de projet, telle que la définit l'Agence Française de Normalisation (AFNOR), correspond à « *une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir* »⁷³. En rapportant cette interprétation au DSI, nous constatons qu'il s'agit bien d'une démarche dotée d'un objectif spécifique : le maniement permanent par l'ensemble des personnels soignants du DSI, ceci dans un temps imparti.

⁷⁰ BRAY Laurence, VANDERLIEB Christine. Evolution des pratiques managériales et approche du changement. *Gestions hospitalières*, 02/2002. pp. 101-104.

⁷¹ BOURRET Paule. Modes de communication des cadres de santé, Exigences de la relation et proximité des équipes [en ligne]. In *Communication et organisation*. 2004. Disponible sur <<http://communicationorganisation.revues.org/2904>> (consulté le 16/12/2012).

⁷² Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel n° 0302 du 28 décembre 2012, texte n° 17. Disponible sur <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750&categorieLien=id>> (consulté le 06/04/2013).

⁷³ REIX Robert. La gestion des projets SI. In *Systèmes d'information et management des organisations*. 5^{ème} édition. Paris, Vuibert, 2004. pp. 343-362. Page 343.

Ainsi que sa fiche métier de la Fonction Publique Hospitalière le stipule : « *Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence* »⁷⁴, le cadre de santé doit intervenir de façon polymorphe dans la conduite d'un projet. Son action est transverse et s'opère à différentes phases. La fonction du cadre de santé, dans la mise en route du DSI, s'inscrit dans une maîtrise d'œuvre, conjointement à celle de l'ensemble des acteurs en charge d'un maillon de ce processus.

Un instrument de management : l'analyse SWOT⁷⁵ :

Cet outil permet un état des lieux à un instant T dans le cadre d'un projet DSI. Il diagnostique, d'une part, l'existant en termes de forces et faiblesses à l'intérieur du service de soins, voire du pôle de soin et, d'autre part, il examine le milieu environnemental du service et répertorie ainsi les éléments favorables et défavorables susceptibles d'influer sur la réalisation du projet.

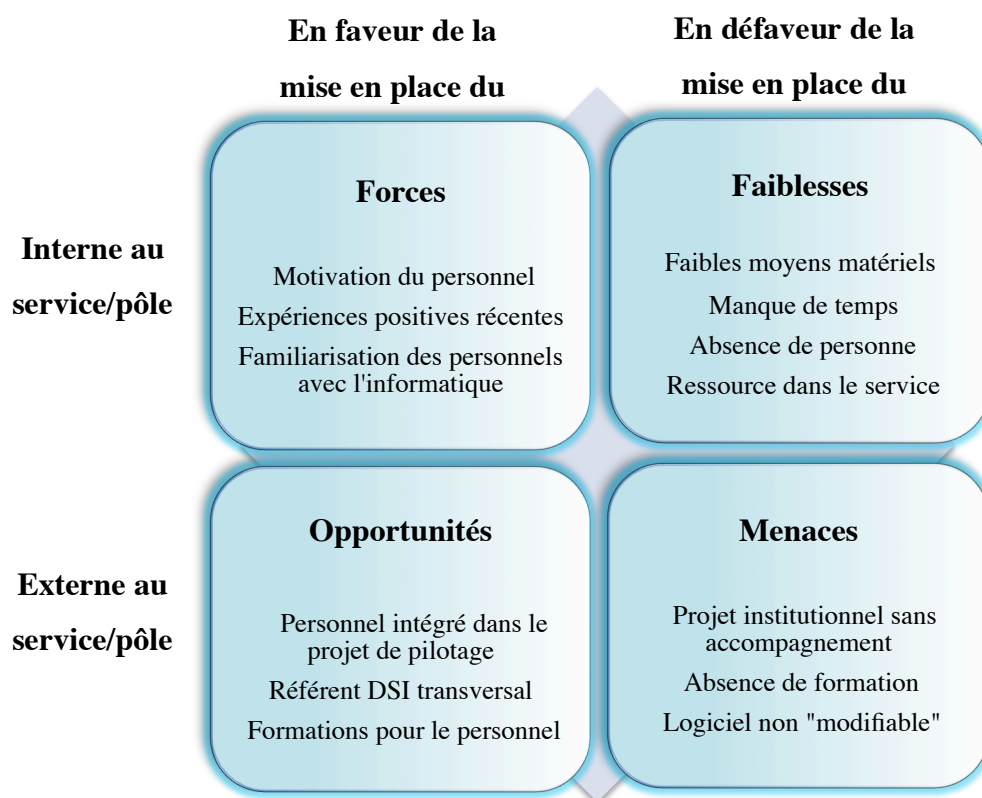


Figure 4 : illustration de la matrice SWOT dans le cadre d'un projet DSI⁷⁶

⁷⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Fiche métier « Cadre responsable d'unité de soins »* [en ligne]. Disponible <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>> (consulté le 16/12/2012).

⁷⁵ Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

⁷⁶ Illustration réalisée par mes soins s'appuyant sur les travaux de l'ANAP. *Piloter et manager le changement, les projets au sein du pôle*. Avril 2012. Page 18. Disponible sur <http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Piloter_et_manager_les_projets_au_sein_d_un_pole.pdf> (consulté le 26/01/2013).

Les éléments qui découlent de cette analyse sont primordiaux dans la réalisation du projet DSI à l'échelle du service. Ce dernier constitue la succession de trois étapes⁷⁷ répertoriées selon M. EMERY comme suit :

- cadrage : objectif et modalité du projet DSI (personnes concernées, personnes ressources, etc.), articulation du projet DSI au sein de l'unité en lien avec l'appui des services et pôles voisins, planification des actions ;
- préparation et réalisation : mise en œuvre du projet, appui sur personnes ressources, impliquer, motiver et soutenir le personnel utilisateur ;
- suivi de projet par la mise en place d'indicateurs et l'observation de la réalisation, le tout communiqué à l'ensemble de l'effectif.

Cette action programmée nécessite d'être réfléchie à l'instar d'une conduite de changement. P. WATZLAWICK⁷⁸ identifie trois niveaux de changement organisationnel. Le déploiement d'un système d'information informatisé est de niveau intermédiaire, c'est-à-dire qu'il nécessite une modification de pratique sans impact sur la logique de fonctionnement de l'organisation. Ce degré de transformation comporte selon K. LEWIN⁷⁹, psychosociologue, trois phases bien distinctes qui, rapportées à l'objet de l'étude, se définissent ainsi :

- Une phase dite de « **décrystallisation** », à l'origine de la prise de conscience de la nécessité de changer un élément du travail des personnels soignants. Il s'agit, pour le cadre de santé, d'impulser une réflexion collective avant l'utilisation effective du logiciel DSI. Appliquer, dès cette phase, la transparence de l'information descendante, au travers d'un échange continu avec les agents, permet à ceux-ci de « *cheminer* » et d'éviter d'éventuels désaccords dus au caractère abrupt de ces changements. Cette étape, accompagnée d'un management participatif, facilite la compréhension des soignants quant aux raisons de ces changements de pratique.

- Une seconde phase de « **déplacement** » qui correspond, ici, à l'application effective de la nouvelle pratique de l'utilisation informatique dans la transmission des données de prise en charge du patient. En soutien de proximité, selon J.M. REVILLOT, le cadre de santé a un rôle pédagogique. A la recherche de nouvelles méthodes, le collectif se structure sous la conduite du responsable et fixe des objectifs à atteindre. Il s'agit d'une étape plus ou moins longue qui nécessite, selon le sociologue F. DE KONINCK, une double négociation de temps de la part du cadre :

⁷⁷ EMERY Michel. *Management de projet* [en ligne]. 2003. Disponible sur <<http://m.emery.management.pagesperso-orange.fr/MP1projetpdf.pdf>> (consulté le 26/01/2013).

⁷⁸ SOPARNOT Richard. *Organisation et gestion de l'entreprise*. 2^{ème} édition. Paris, Dunod, 124 p. Page 105.

⁷⁹ Ibid. SOPARNOT Richard. Page 106.

- dans un premier temps, auprès de sa hiérarchie, maîtrise d'ouvrage du projet ;
- puis, auprès de l'ensemble de son équipe avec laquelle il devra trouver un accord.

Il ajoute que, s'appuyer sur l'expertise d'agents ressources à l'intérieur de l'équipe, « *libère en général des potentialités d'innovation étonnantes* »⁸⁰.

Par ailleurs, le cadre lui-même, expert-ressource, peut jouer le rôle de « *traducteur* »⁸¹ ou de « *facilitateur* », décrit par P. BERNOUX dans l'appropriation de la nouveauté. Selon ce dernier, les acteurs s'identifient aux cadres : « *je me vois dans le regard de l'autre et je me construis par lui* »⁸² ; il parle ainsi d'« *exemplarité comportementale* »⁸³ qui renvoie aux attitudes du responsable, vivier d'exemples à suivre pour le collaborateur. Manier l'outil informatique en qualité de cadre de santé peut, dans ce contexte, susciter l'investissement des membres de l'équipe.

- L'ultime phase est celle de la « *crystallisation* ». Celle-ci est adoptée lorsque, selon K. LEWIN, les anciennes méthodes ou pratiques ont disparu au profit uniquement des nouvelles. Ce n'est bien entendu pas une étape réalisée instantanément, dénuée de toute difficulté ni la fin du processus. La qualité clinique du cadre de santé, comme précédemment citée, intervient ici comme un paramètre central du dernier échelon d'un processus de changement planifié. L'observation, l'écoute et le repérage d'indices susceptibles de traduire une difficulté chez le professionnel, en lien avec l'innovation, permettent au responsable d'opérer le changement dans sa globalité. C'est du feedback dont il est question ici. Complémentaire de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), qui s'inscrit depuis l'Article 59 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 dans le dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC), il s'impose à tout professionnel de santé, afin d'améliorer la qualité, la sécurité des soins et l'amélioration des connaissances.

2.3.3 Le cadre de santé garant de l'acquisition des compétences

Toute modification de pratique nécessite, selon les auteurs précités, de moduler les changements par le biais de périodes de consolidation. Dans une logique d'innovation que représente le déploiement du DSI au sein de l'unité, le cadre de santé doit préserver des périodes transitoires afin d'éviter un effet contre productif au changement entrepris.

Un des moyens identifié est l'accompagnement à la formation professionnelle. Le DPC des professionnels paramédicaux, régi par le Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au

⁸⁰ DE KONINCK Frédéric. Op. cit.

⁸¹ BERNOUX Philippe. *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. 2^{ème} édition. Seuil. Paris, 2010, 345 p. (Points, n° 634). Page 326.

⁸² Ibid. BERNOUX Philippe. Page 193.

⁸³ Ibid. BERNOUX Philippe. Page 230.

développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux⁸⁴, constitue depuis l'année 2013, un devoir. Il prévoit une mise à niveau des connaissances annuelles par le biais de sessions de formations continues et d'analyses de pratiques professionnelles. Le cadre de santé a ainsi pour mission, de favoriser l'amélioration des savoirs et savoir-faire de l'ensemble des agents, avec l'objectif de développer les compétences professionnelles nécessaires au processus de changement, tel que décrit dans ce travail.

L'analyse des pratiques professionnelles est basée sur l'approche réflexive que résume J.M. REVILLOT, comme « *un travail collectif formel ou informel entre le cadre, le médecin et les professionnels paramédicaux* »⁸⁵. Ce cadre de santé et Docteur en science de l'éducation, définit cette posture réflexive comme une démarche d'innovation permettant de détecter les difficultés rencontrées dans une période de changement, par exemple. Celle-ci permet l'élaboration de critiques positives/négatives dans un aller-retour permanent entre la théorie et la réalité. P. PERRENOUD lui, met l'accent sur l'intérêt de la construction d'un « *savoir d'expérience* », issu d'une réflexion à distance de l'action menée, reposant sur la critique : « *se repasser le film pour comprendre le cours des événements et ses propres réactions* »⁸⁶.

L'acquisition de savoirs et savoir-faire par l'expérience, la compréhension des attitudes et comportements instinctifs, sont inhérentes à un travail collectif constituant une réelle valeur ajoutée. Ces temps très formels, qui peuvent prendre la forme de groupe d'analyse des pratiques professionnelles, favorisent la prise de connaissance du vécu des salariés pour, *in fine*, améliorer le changement. Pour le cadre de santé, il s'agit là d'une posture de régulateur qui l'amène à :

- écouter la parole des soignants ;
- dialoguer avec eux ;
- interpréter des signes diffus (codes, valeurs) ;
- finalement, laisser les salariés réfléchir et trouver eux-mêmes un sens à leur action.

⁸⁴ Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Journal Officiel n° 1 du 1^{er} janvier 2012, page 29, texte n° 16. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=66BB349B755B6934FA36FB6D4EEEE5C7.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000025062401&categorieLien=id> (consulté le 27/01/2013).

⁸⁵ REVILLOT Jean-Marie. Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions du cadre de santé. *Soins cadres*. 11/2010, n° 76. pp. 24-26.

⁸⁶ SUPPER Muriel. *La posture réflexive, un outil : le groupe d'analyse de la pratique professionnelle*. Enseignement Formation Cadre de santé. Institut de Formation des Cadres de Santé Ecole Supérieure Montsouris Paris 14. Année 2012 – 2013.

P. PEYRE résume cette démarche en soulignant le besoin d'« *apprendre à apprendre pour entreprendre* »⁸⁷ et le conditionne à l'intelligence du système « *directement subordonné à l'intelligence de son dispositif de pilotage et de régulation* ».

2.4 La synthèse des apports conceptuels

La recherche littéraire, réalisée sur l'objet de mon étude, m'a permis d'aborder un champ très large relatif à la problématique posée. Elle m'a également conforté sur le caractère majeur du rôle du cadre de santé, au cours de la réalisation d'un changement organisationnel. Au sein du dispositif hospitalier où la notion de tâche s'est, depuis quelques années, axée sur la qualité et sur une rationalisation généralisée, l'accélération du rythme des mutations est indéniable. Pour l'aboutissement de ces dernières, trois domaines nécessitant inéluctablement un travail de coopération sont à considérer :

- la structure ;
- l'humain ;
- la technologie.

Le cadre de santé représente l'un des agents expert et acteurs pivots de ce triptyque permanent. Véritable symbole institutionnel, il a vocation, pour mener à terme l'initiative du changement, de s'appuyer sur les fondements suivants :

- les valeurs de l'individu ;
- une culture de travail ;
- les objectifs partagés avec l'ensemble de l'équipe ;
- un sens de travail commun.

Le déploiement d'un DSI, au sein d'un service de soin, répond bien entendu à une logique managériale d'établissement, mais se relaye à l'échelle du service de soin. Il ne s'agit pas d'un acte anodin dès lors qu'il en modifie l'histoire des échanges interpersonnels, considérés tout aussi importants que l'acte de soin lui-même. Un tel dispositif s'initie en amont, se vit au présent et devra toujours regarder vers le futur.

Comme il a été évoqué au cours de cette étude littéraire, les notions de savoir, savoir-faire et savoir-être de la part de l'ensemble des acteurs, se posent au centre des interrogations. Cet ensemble fait très nettement référence à la notion de compétence que le cadre de proximité se doit d'apprécier, de favoriser et de valoriser chez ses collaborateurs. Afin de corréliser cette compétence,

⁸⁷ PEYRE Pierre. *La fonction « cadre de santé » : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.afscet.asso.fr/res/Systemica/Pau%202006/PeyreTXT.pdf>> (consulté le 28/12/2012).

propre à chacun, à la réalisation optimale d'un déploiement du DSI au sein d'un service de soin, plusieurs hypothèses m'apparaissent évidentes :

Une formation préalable destinée aux professionnels et centrée sur le logiciel informatique DSI, favorise la mise en place de ce dernier au sein d'un service de soin.

Le maintien d'un travail réflexif régulier au sein d'un service de soin est favorable à la mise en place du DSI.

L'implication des personnels soignants au sein des groupes de pilotage institutionnels propres au déploiement du DSI, favorise la compréhension des enjeux et l'implication de ces mêmes professionnels.

La maîtrise de l'outil informatique et la bonne connaissance du logiciel DSI, de la part du cadre de santé, favorisent l'apprentissage et l'implication du personnel soignant pour un déploiement optimal.

Dans le cadre de ce travail de recherche, il convient d'analyser la pertinence de ces hypothèses sous le prisme du cadre de santé de proximité et de sa fonction. Deux de ces hypothèses, associées toutes deux à la posture managériale de ce dernier, vont, de fait, être développées au travers d'une enquête inductive sur le terrain :

La maîtrise de l'outil informatique et la bonne connaissance du logiciel DSI, de la part du cadre de santé, favorisent l'apprentissage et l'implication du personnel soignant pour un déploiement optimal.

Une formation préalable destinée aux professionnels et centrée sur le logiciel informatique DSI, favorise la mise en place de ce dernier au sein d'un service de soin.

3 L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

Longue étape, cette phase consiste à opposer la recherche menée jusqu'alors à la réalité des faits et, ainsi, à confronter les hypothèses posées à des données observables reposant sur le vécu des professionnels. Cette démarche nécessite au préalable d'en délimiter la méthode.

3.1 La méthodologie de l'enquête

En premier lieu, il a fallu définir une méthodologie d'enquête pertinente, à la fois avec l'objet de recherche et avec l'objectif escompté. Sans atteindre l'exhaustivité, une réflexion et un questionnement, centrés sur cette manière de procéder, s'imposent dès lors, tout en gardant à l'esprit ce que R. QUIVY et L. VAN CAMPENHOUDT affirment : « *chaque recherche est un cas d'espèce que le chercheur ne peut résoudre qu'en faisant appel à sa propre réflexion et à son bon sens* »⁸⁸. Afin d'être le plus proche possible de la réalité et dans le but de ne « *rassembler que les données utiles à la vérification des hypothèses* », une attention particulière est ainsi portée sur le choix :

- des lieux de l'étude ;
- des populations interrogées ;
- du type de d'outils de recueil d'informations.

Délimiter les espaces géographique, social et temporel de l'étude empirique, concoure à atteindre l'objectif fixé, tout en respectant la faisabilité de l'enquête et en tenant compte du temps imparti.

3.1.1 Les lieux de l'étude

Mon but, au cours de cette étape, fut de cibler des structures sanitaires où le déploiement du DSI était effectif, du moins pour certains modules tels que ceux des transmissions paramédicales et des prescriptions médicales. Pour ce faire, et afin d'apprécier au mieux le taux de couverture nationale des établissements de santé en matière d'informatisation, j'ai sollicité un membre de la Direction Générale de l'Offre de Soins au Ministère de la Santé (DGOS). La campagne nationale *oSIS*⁸⁹ (observatoire des Systèmes d'Information de Santé), lancée le 1^{er} octobre 2012, ne m'a finalement pas été d'un réel secours, dès lors que cette « *cartographie logicielle* » ne permet pas de connaître de façon claire et précise l'étendue fonctionnelle des SIH au sein des institutions de santé. C'est donc par le biais d'un réseau professionnel que j'ai pu recenser des établissements sanitaires dotés du DSI, du moins dans certains services. J'ai fait le choix, par ailleurs, de focaliser mon

⁸⁸ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3^{ème} édition. Paris : Dunod, 2006, 253 p. Page 146.

⁸⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *L'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS)* [en ligne]. In *Sante.gouv.fr*. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/l-observatoire-des-systemes-d-information-de-sante-osis.html>> (consulté le 25/11/2012).

attention sur des structures appartenant à la fois au service public hospitalier et au secteur sanitaire privé. Mettre en parallèle ces deux modes de fonctionnement m'a semblé pertinent dans une démarche se rapportant au « *benchmarking* », permettant, ainsi, un champ de vision très large et l'appréhension de managements différents. De plus, la différence de taille des établissements ainsi que leur secteur d'activité propre, m'ont semblés être un point vraisemblablement influent dans la manière d'opérer le changement de pratique, au travers de la mise en place du DSI.

La répartition des établissements se fait comme suit ;

	<i>Ets. n° 1</i>	<i>Ets. n° 2</i>	<i>Ets. n° 3</i>
	Centre Hospitalier spécialisé	Clinique privée	Hôpital privé
Situation géographique	Région Ile-de-France	Région Ile-de-France	Région Ile-de-France
Statut juridique	Fonction Publique Hospitalière	Privé	Privé
Activités de soins	Psychiatrie	MCO	MCO

	<i>Ets. n° 4</i>	<i>Ets. n° 5</i>	<i>Ets. n° 6</i>
	Centre Hospitalier spécialisé	Clinique privée	Centre Hospitalier Régional
Situation géographique	Région Ile-de-France	Région Ile-de-France	Région Centre
Statut juridique	Fonction Publique Hospitalière	Privé	Fonction Publique Hospitalière
Activités de soins	Psychiatrie	Chirurgie	Soins généraux et psychiatriques

3.1.2 La population enquêtée

Cet élément fait appel aux dimensions qualitative et quantitative. Il s'agit, ici, de cibler et sélectionner un échantillon de professionnels représentatifs, au regard des hypothèses dont il est question au cours de cette enquête, et susceptibles d'y apporter des éléments révélateurs.

Ainsi, il m'a semblé tout d'abord préférable de rencontrer, au sein des services dont ils ont la responsabilité, des cadres de santé directement concernés par le déploiement du DSI. Tenir compte de leur ressenti sur le management nécessaire à l'accompagnement d'un tel changement organisationnel fut une évidence. Le nombre de personnes interrogées dépendait, d'une part, de la représentation quantitative nationale de la profession et, d'autre part, du temps restreint qui leur était imparti à se « détacher », l'instant d'un échange dans le cadre d'un travail de recherche. Après

un premier contact avec les Directeurs des Soins⁹⁰ et responsables hiérarchiques des structures sanitaires précédemment citées, j'ai pu enquêter auprès de six responsables d'unité, exerçant dans des disciplines diverses. Le profil de ces derniers se limitait au statut de cadre de santé ou à la fonction de cadre responsable d'unité exercée, ainsi qu'à l'expérience acquise face au déploiement du DSI en service. Les tableaux ci-dessous résument l'échantillon « cadre de santé » :

	Mme C.	Mme M.	Mme G.
Etablissement	Etablissement n° 1	Etablissement n° 2	Etablissement n° 3
Statut professionnel	Cadre de santé n° 1	Cadre de santé n° 2	Cadre responsable d'unité n° 3
Age	36 ans	54 ans	36 ans
Ancienneté dans la fonction	2 ans	16 ans	8 ans

	Mme N.	Mme I.	Mme L.
Etablissement	Etablissement n° 4	Etablissement n° 5	Etablissement n° 6
Statut professionnel	Cadre de santé n° 4	Cadre responsable d'unité n° 5	Cadre de santé n° 6
Age	49 ans	31 ans	46 ans
Ancienneté dans la fonction	7 ans	2 ans ^{1/2}	9 mois

Par la suite, questionner les équipes utilisatrices du DSI, par conséquent pleinement concernées par le changement de pratique, a constitué la seconde priorité de ce travail d'enquête. Appréhender le ressenti des soignants sur le changement institutionnel imposé, m'apparut indispensable dans le cadre de mon projet. Le fait de percevoir leurs attentes et de cibler leurs craintes éventuelles constituait, à mes yeux, une plus-value à la perception du changement tel que pouvaient le décrire les cadres précédemment rencontrés. Etant donné la difficulté à parvenir à un échantillonnage satisfaisant, compte tenu de l'importante représentation de la profession, j'ai fait le choix de ne questionner que la population infirmière, à plus grande échelle que celle des cadres de santé.

⁹⁰ Cf. *Lettre d'accord « Directeur des soins »*. Disponible en Annexe 3.

Les infirmiers utilisateurs quotidiens du DSI interrogés, se répartissent comme suit :

	Infirmiers	Infirmiers	Infirmiers
Nombre	26	17	21
Etablissement	Etablissement n° 4	Etablissement n° 5	Etablissement n° 6

3.1.3 Les outils de recueil de données

Le choix de l'outil de recueil de données est le troisième élément important à considérer dans le dispositif de l'enquête.

L'entretien semi-directif :

Questionner les cadres de santé de manière directe et sous la forme d'un échange en face à face, m'a paru là être la méthode la plus appropriée. Ce style d'entretien est une technique qualitative qui permet d'orienter le discours des personnes interrogées vers les thèmes définis au préalable par l'enquêteur et, ainsi, de recueillir un maximum d'informations, de perceptions et d'opinions personnelles, inhérentes à leur exercice quotidien. Il permet au chercheur, selon R. QUIVY et L. VAN CAMPENHOUDT, de « *retirer de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés* »⁹¹. De plus, la possibilité d'obtenir des précisions, de la part de la personne interrogée, sur un retour d'expérience par des « *questions de relance* », et la libre parole admise au cours de cet échange, facilitent la mise en exergue de sentiments profondément inscrits dans l'esprit des personnes et rarement exprimés au travers de questionnaires. En guise de support pour ces échanges, j'ai réalisé, au préalable, un guide d'entretien⁹² unique. Les questions se répartissent par thème, à l'instar du cadre conceptuel construit et des hypothèses posées. Ces thèmes se résument ainsi :

- présentation du cadre de santé : démarche préalable à une prise de connaissance mutuelle et instauration d'un dialogue de confiance ;
- présentation de l'unité : obtention d'un aperçu du service ou de l'unité concerné par le déploiement du DSI, à l'échelle de l'institution ;
- présentation de l'informatisation de l'unité : questionnement direct sur l'existant, au sein de service en tant qu'outil informatique et sur les modalités d'application ;
- l'utilisation du logiciel par le cadre de santé : recueil d'informations sur l'opérationnalité du cadre de santé vis-à-vis du logiciel DSI ;

⁹¹ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. Op. cit. Page 173.

⁹² Cf. *Guide d'entretien « Cadre de santé »*. Disponible en Annexe 4.

- l'utilisation du logiciel par les soignants : thème centré davantage sur le vécu des soignants, en particulier des infirmiers, face à l'utilisation du DSI
- point de vue général sur le déploiement du DSI : possibilité laissée à l'enquêté d'évoquer toute hypothèse constructive en faveur de tels projets.

Le questionnaire :

A ce stade de la préparation de l'enquête, l'outil retenu fut le questionnaire⁹³, également par mes soins. Celui-ci offre la possibilité d'obtenir un maximum de réponses de la part d'une population interrogée nombreuse. Sous forme manuscrite, il concentre de manière alternative, des questions fermées puis à choix multiples. Il se termine enfin sur une question ouverte, laissant la possibilité à chacun d'exprimer un avis personnel sur ses attentes vis-à-vis du contexte de changement. Equivalent au guide d'entretien, il a été élaboré par thème :

- présentation personnelle : correspond au « talon » retraçant les informations personnelles des personnes interrogées ;
- présentation professionnelle : retrace le parcours professionnel et l'expérience de chacun ;
- le Dossier de Soins Informatisé : recense les informations relatives à l'utilisation quotidienne du DSI de la part de ces professionnels et aux ressources dont ils ont pu bénéficier ;
- le changement initié par le Dossier de Soins Informatisé : ce dernier thème questionne le changement de pratiques en lui-même et son vécu, les aptitudes personnelles et les modalités mises en œuvre.

3.2 La mise en œuvre de l'enquête

Au préalable de la mise en œuvre de l'enquête, le guide d'entretien comme le questionnaire, ont été présentés et testés auprès de tierces personnes issues du monde soignant, afin d'en déterminer toute la pertinence, avant leur validation finale par la Directrice de mémoire.

Les entretiens se sont échelonnés, sur rendez-vous, du 5 mars au 9 mars 2013. D'une durée de 40 minutes en moyenne, tous ont eu lieu dans un climat très cordial. Ces rencontres se sont déroulées, pour quatre d'entre elles, sur le lieu de travail des cadres interrogés, dans leur bureau professionnel. Les deux autres ont choisi un endroit neutre. Après exposition de l'objet de la recherche en cours en début de chaque entretien, l'anonymat a été affirmé et l'accord pour l'enregistrement de l'intégralité des échanges obtenu. L'objectif de cet enregistrement intégral fut

⁹³ Cf. *Questionnaire « Infirmier »*. Disponible en Annexe 5.

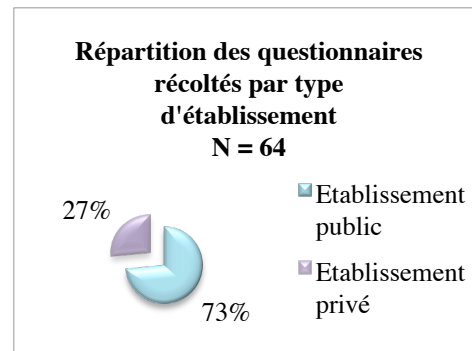
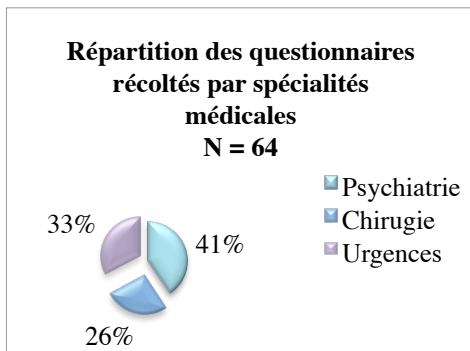
la retranscription la plus juste possible des propos énoncés par les cadres interrogés, ainsi que le respect du sens des intonations et accentuations verbales prononcées. Les caractéristiques de chaque entretien sont résumées dans les tableaux ci-dessous :

	<i>Ets. n° 1</i>	<i>Ets. n° 2</i>	<i>Ets. n° 3</i>
	Mme C.	Mme M.	Mme G.
Date et heure d'entretien	5 mars 2013 à 10h00	5 mars 2013 à 16h00	6 mars 2013 à 11h30
Lieu d'entretien	Endroit neutre	Bureau professionnel	Bureau professionnel
Durée d'entretien	43 min.	52 min.	29 min.

	<i>Ets. n° 4</i>	<i>Ets. n° 5</i>	<i>Ets. n° 6</i>
	Mme N.	Mme I.	Mme L.
Date et heure d'entretien	6 mars 2013 A 16h15	7 mars 2013 A 17h30	9 mars 2013 A 15h00
Lieu d'entretien	Bureau professionnel	Bureau professionnel	Endroit neutre
Durée d'entretien	37 min.	34 min.	40 min.

Les questionnaires ont été présentés dans trois structures de soins, au sein de différents services, selon les possibilités offertes. L'ensemble de ceux-ci n'a pu être remis en main propre aux cadres de santé concernés qu'à l'issue d'un accord hiérarchique, en parallèle des entretiens menés. L'étude par questionnaire reposait sur la réponse directe de la personne sondée ; cette dernière remettant le document support au cadre de santé centralisateur. 80 questionnaires ont été répartis et distribués au sein des structures cibles, en fonction du nombre d'infirmiers composant les équipes et sur indications des cadres sollicités. 15 jours plus tard, soit en semaine 11 de l'année 2013, 64 d'entre eux ont été récupérés, ce qui représentait un taux de 80%. Les données relatives aux questionnaires récoltés se répartissent ainsi :

	Etablissement n° 4	Etablissement n° 5	Etablissement n° 6
Cadre de santé / responsable	Mme N.	Mme I.	Mme L.
Spécialités médicales	Psychiatrie	Chirurgie	Urgences
Nombre de questionnaires exploitables	26	17	21



Les limites dans la mise en œuvre de l'enquête :

La première limite concerne l'échantillonnage : d'une part, l'ensemble de la population interrogée ne constituant pas un panel exhaustif des professions sollicitées, d'autre part, la répartition des questionnaires au sein des structures, à la fois privées et publiques, n'étant pas équivalente, il sera difficile d'évoquer la généralisation des éléments de réponse obtenus.

Par ailleurs, il aurait été probablement judicieux de rencontrer, également, d'autres acteurs primordiaux dans la réalisation de projet d'informatisation du dossier patient, tels les Directeurs des Soins et Directeurs des Systèmes d'Information. Leur point de vue, à distance du terrain, aurait certainement apporté des éléments nécessaires à la compréhension des enjeux inhérents à de tels projets institutionnels. Cependant, au vu du temps imparti à cette recherche et compte-tenu de ma fonction prochaine de cadre de proximité, j'ai préféré prioriser l'écoute ainsi que la prise en compte des attentes et du ressenti des soignants.

La seconde limite constatée concerne le déroulement des entretiens. Outre leur(s) interruption(s) pour diverses raisons, sans incidence conséquente malgré tout sur leur bon déroulement, la faculté de mener la discussion selon le fil conducteur préétabli, m'a paru parfois insatisfaisante. En effet, respecter strictement le guide d'entretien, sans toutefois contraindre le professionnel interrogé s'égarant sur des thématiques non retenues, fut difficile et eut pour conséquence un fastidieux travail de réorganisation par thèmes, lors de la restitution de l'ensemble des entretiens.

Enfin, les outils de recueil eux-mêmes révèlent des limites. Ainsi, la question n° 12 du guide d'entretien n'a jamais été posée car trop comparable à la précédente, alors que le questionnaire, de son côté, n'a pu permettre les réponses de manière exhaustive à l'ensemble des items.

3.3 La synthèse des résultats

Cette étape consiste à retranscrire, le plus fidèlement possible, les données recueillies par questionnaires et entretiens, lors de l'enquête. Après analyse, elle apportera tout d'abord d'apporter des éléments de réponses aux hypothèses posées, et ensuite de répondre à la question de départ.

3.3.1 La méthode d'exploitation

Le grand nombre d'informations recueillies, toutes professions confondues, reflète, de la part des professionnels de santé enquêtés, l'expression d'un fort intérêt et d'un réel besoin d'exprimer leurs savoirs, leurs expériences, leurs ressentis et leurs émotions vis-à-vis des nouvelles dispositions de travail conditionnées par la mise en place d'un DSI au sein d'unités. Afin de rendre davantage explicites les éléments recueillis et ainsi d'en proposer une analyse structurée, lors d'une seconde étape, il est nécessaire d'en effectuer la synthèse sur deux phases :

- Dans un premier temps, s'intéresser aux informations fournies par les cadres de santé en présentant le résultat des entretiens effectués, reposant sur une « *analyse de contenu* »⁹⁴. Il s'agit, dès lors, d'étudier les variantes les plus appropriées de chaque entretien⁹⁵, les reprendre, pour certaines sur la base des verbatim, et les croiser pour en extraire une analyse thématique.
- La deuxième phase sera consacrée à la synthèse des résultats obtenus par questionnaires auprès des infirmiers. Il reposera davantage sur une analyse statistique de l'ensemble des données⁹⁶, mettant ainsi en évidence toute éventuelle variable quantitative au phénomène du changement. Autrement appelée « *traitement d'enquête* »⁹⁷, cette étape bénéficie d'une « *clarté des résultats et des rapports de recherche* », grâce, notamment, aux moyens informatiques.

3.3.2 La synthèse des entretiens

La synthèse des résultats s'appuie sur la construction thématique du guide d'entretien pré établi et va être présentée selon trois angles d'approche. Ces derniers, coïncidant avec les différentes questions du guide d'entretien, s'énoncent comme tels :

- le profil des professionnels cadre de santé ;
- l'apprentissage de l'innovation informatique ;
- l'accompagnement du changement.

L'ensemble des éléments, retranscrits ici, ne présente pas un caractère exhaustif, mais rend compte des substances, à la fois les plus fréquemment mises en avant par les cadres de santé enquêtés et les plus explicites en regard de la problématique traitée.

⁹⁴ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. Op. cit. Page 201.

⁹⁵ Cf. *Restitution des entretiens* « Cadre de santé ». Disponible en Annexe 6.

⁹⁶ Cf. *Tableaux récapitulatifs des résultats des questionnaires* « Infirmiers ». Disponible en Annexe 7.

⁹⁷ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. Op. cit. Page 199.

3.3.2.1 Le profil des professionnels cadre de santé

Cet angle d'approche concerne essentiellement les questions n° 1, 2, 6 et 7 du guide d'entretien. Les tableaux ci-dessous en recensent les éléments importants.

	Cadre de santé N° 1	Cadre de santé N° 2	Cadre responsable N° 3
Parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> •36 ans •Infirmière - 10 ans •Parcours diversifié •Faisant fonction - -1 an •CDS - 2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> •54 ans; •Infirmière -15 ans •CDS - 16 ans •Depuis plus de 20 ans dans la structure 	<ul style="list-style-type: none"> •36 ans •Infirmière - 4 ans •Responsable d'encadrement - 8 ans
Caractéristiques du poste	<ul style="list-style-type: none"> •En poste - 2 ans •Service psychiatrie adulte •30 lits •28 soignants 	<ul style="list-style-type: none"> •En poste - 3 ans •Service orthopédie •18 lits •Divers professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> •En poste - 4 ans •Unités soins de suite & médecine oncologie •33 lits •15 soignants
Rapport à l'informatique	"l'informatique n'a jamais posé problème (...); j'ai toujours trouvé un intérêt à travailler avec l'informatique (...); c'est une nouvelle compétence à développer"	"je ne suis pas née avec une souris à la main, j'ai dû apprendre (...); en tant que cadre j'avais une activité centrée pour une part sur l'ordinateur; je l'utilise quotidiennement (DSI)"	"l'informatique n'est pas un souci pour moi (...); cette acquisition, a priori, m'a aidée dans l'utilisation du DSI (...) plusieurs fois par jour"

Les parcours de chacun sont différents. Ainsi nous notons, pour le cadre de santé n° 1, une habitude du changement au travers d'un parcours infirmier diversifié, contrairement au cadre de santé n° 2 pour qui la fidélisation à la structure est affichée. La progression professionnelle diverge d'un individu à l'autre. Soulignons, par exemple, une prise de fonction de responsable après seulement 4 ans d'expérience professionnelle pour le cadre responsable n° 3, alors que pour le cadre de santé n° 2, il aura fallu un délai plus conséquent.

	Cadre de santé N° 4	Cadre responsable N° 5	Cadre de santé N° 6
Parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> •49 ans •Infirmière - 20 ans •Carrière en psychiatrie •CDS - 7 ans 	<ul style="list-style-type: none"> •31 ans •Infirmière 7 ans •Poste d'encadrement - 2 ans et demi 	<ul style="list-style-type: none"> •46 ans •Infirmière -18 ans •Parcours diversifié •Faisant fonction à mi-temps - 20 mois •CDS - 9 mois
Caractéristiques du poste	<ul style="list-style-type: none"> •En poste - 4 ans •Service psychiatrie adulte en mai 2012 •20 lits •22 professionnels soignants 	<ul style="list-style-type: none"> •En poste - 2 ans ^{1/2} •Service d'endoscopie digestive (ambulatoire, bloc, salle de réveil) •13 lits •20 soignants environ 	<ul style="list-style-type: none"> •En poste - 9 mois •Services de 5 secteurs urgences adultes •Env. 125 entrées/jour •Env. 80 personnels •Collaboration 2 CDS
Rapport à l'informatique	"j'utilisais déjà l'informatique (...); nous travaillons beaucoup avec et nous en avons besoin énormément (...)"	"je me débrouille (...); au départ (...) je l'ai beaucoup utilisé (...); J'ai toujours aimé l'informatique (...)"	"nous l'utilisons tous les jours (...); je pense maîtriser à minima l'informatique (...); j'étais déjà un peu sensibilisée (...)"

Comme précédemment, cette synthèse confirme bien la diversité des parcours professionnels. Cette diversité de profils repose sur :

L'expérience de la fonction cadre, qui oscille entre 9 mois (ce qui est relativement peu) et 16 ans, laisse supposer une aisance dans la fonction. Le cadre n° 2, est celui dont l'exercice dépasse les dix ans, laissant supposer une expertise certaine. Les cadres n° 3 et 4, affichent, eux, une expérience de durée moyenne.

L'expérience infirmière qui fluctue entre 4 et 20 ans, sans véritable influence sur la prise de fonction de cadre de santé. En effet, si pour le cadre n° 2, le parcours professionnel jusqu'à présent s'échelonne sur les deux fonctions à parts égales (51% du temps de carrière en tant que cadre), il n'en est rien pour d'autres, pour qui le temps d'exercice cadre est supérieur à celui d'infirmier, ou, *a contrario*, bien en deçà (66% d'exercice cadre pour une carrière de 12 ans concernant le cadre de santé n° 3 ; 5% d'exercice cadre pour une carrière de 19 ans concernant le cadre n° 6).

L'âge de la personne qui, de manière identique à l'expérience infirmière, n'est pas un critère d'une fonction cadre ancienne. Ainsi, le cadre n° 6, affiche peu d'exercice cadre bien qu'âgé de 46 ans.

L'expérience sur le poste. Celle-ci s'étale sur une durée moyenne de 3 mois, avec une différence marquée pour le cadre n° 6. Par ailleurs, la spécificité du service conditionne la fonction d'encadrement. En effet, celle-ci n'est pas équivalente quelle que soit la spécialité et des disparités apparaissent. Ainsi, pour une expérience sur poste de 3 années en moyenne, l'activité quotidienne varie en fonction :

- du nombre de lits des unités de soins ;
- de la discipline médicale ;
- du nombre de soignants à charge ;
- de la fonction cadre de proximité exercée seul ou bien en collaboration, telle la situation du cadre n° 6.

L'utilisation de l'informatique : activité quotidienne pour l'ensemble des professionnels interrogés et, pour laquelle, peu de défiance est exprimée. Tous affirment maîtriser l'outil informatique, du moins en ce qui concerne les activités de gestion et de soins propres à leur fonction. Si le cadre n° 2 admet une adaptation obligée au départ, *a fortiori* en amont du déploiement du DSI au sein de son unité, l'activité informatique reste un plaisir pour certains (cadre n° 5), une source de richesse ainsi qu'une nécessité à développer pour d'autres (cadre n° 1).

En synthèse, trois profils se distinguent :

- « cadre expert » doté d'une expérience ancienne, pour qui l'informatique a suivi un apprentissage progressif ;
- « cadre averti » affichant de l'expérience et une maîtrise de l'outil informatique ;
- « jeune cadre », favorable à un développement de l'informatisation de l'activité.

3.3.2.2 L'apprentissage de l'innovation informatique

Les réponses aux questions 3, 4, 5, 6 et 8 ont étayé la construction des tableaux ci-dessous. Ceux-ci s'apparentent au changement organisationnel initié par le déploiement du DSI au sein de l'unité de soins.

	Cadre de santé N° 1	Cadre de santé N° 2	Cadre responsable N° 3
Caractéristiques du DSI	<ul style="list-style-type: none"> • DSI déployé il y a 1 an^{1/2} • Base informatique existante • Logiciel préconstruit • Transmissions ciblées, prescriptions, validations des traitements 	<ul style="list-style-type: none"> • DSI déployé il y a 5 ans^{1/2} • Base informatique existante • Logiciel vierge, construit sur site • Equivalent dossier papier • Différent selon services • Accès nominatif 	<ul style="list-style-type: none"> • DSI déployé il y a 5 mois • Base informatique existante • Logiciel préconçu • Modification interne légère • Prescriptions, actes et surveillance paramédicale • Accès nominatif
Caractéristiques et enjeux du changement	<p><i>"sa mise en place s'est faite très rapidement (...); temporalité non optimale (...); le projet s'appuyait essentiellement sur moi et mon expérience (...); c'est toujours le patient qui bénéficie des changements d'organisation"</i></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Gain de temps • Responsabilité accrue des professionnels • Moins d'erreurs 	<p><i>"le temps de préparation (...) au moins deux ans (...); on a d'abord impliqué les infirmières (...) jusqu'à intégrer les (...) autres professions (...); un travail de collaboration importante (...); améliore la qualité de la prise en charge"</i></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Gain de temps • Moins d'erreurs • Sécurité/traçabilité • Autonomie des professionnels 	<p><i>"la mise en place était en projet depuis longtemps (...); c'est bénéfique et cela le sera de plus en plus (...); il faut malgré tout la vigilance du soignant (...)"</i></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Gain de temps • Accès à l'information facilité et sécurisé • Sécurité/traçabilité
Appréciation du changement	<p><i>"l'informatique n'est pas perçu de manière équivalente chez une personne de 25 ans et une autre de 50 ans (...); peur de ne pas y arriver, de ne pas comprendre ou bien de perdre trop de temps (...); en psychiatrie (...), il fallait en plus, passer de l'oral à l'écrit (...); cibler les transmissions a constitué aussi une réticence (...); tout un état d'esprit qu'il a fallu modifier (...)"</i></p>	<p><i>"difficulté (...) vite dissipée (...) en lien avec le rapport à l'informatique de la part de certains agents (...); difficulté émane du double support (...)"</i></p>	<p><i>"changement de manière de faire qui nous a demandé du temps (...); Je n'ai pas vraiment relevé de difficulté chez les soignants (...); les soignants se forment entre eux (...)"</i></p>

Les données recueillies nous montrent que le déploiement du DSI diffère d'un lieu de soins à un autre et est appréhendé de manière différente selon ces mêmes lieux. En effet, si nous constatons un discours majoritairement similaire, la temporalité de la mise en place varie de manière certaine. Par exemple, le cadre de santé n° 1 évoque une rapidité dans la prise de décision, alors que les cadres de santé n° 2 et 3 parlent d'une plus longue période préparatoire.

	Cadre de santé N° 4	Cadre responsable N° 5	Cadre de santé N° 6
Caractéristiques du DSI	<ul style="list-style-type: none"> •DSI déployé il y a 10 mois •Base informatique existante •Paramétrage en groupe de travail •Transmissions ciblées, prescriptions/examens médicaux •Accès nominatif 	<ul style="list-style-type: none"> •DSI déployé il y a 1 an^{1/2} •Base informatique existante •Logiciel préconçu en groupe de travail •Transmissions ciblées, prescriptions/examens médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> •DSI déployé il y a 4 mois^{1/2} •Base informatique existante •Paramétrage en groupe de travail, en aval •Dossier médical d'urgence et commun, transmissions ciblées, prescriptions médicales
Caractéristiques et enjeux du changement	<p>"le déménagement a été l'élément déclencheur de la mise en place du DSI (...); le patient en est, avec certitude, grandement bénéficiaire (...); c'est vraiment mieux maintenant (...)"</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gain de temps •Sécurité/traçabilité •Moins d'erreurs •Catégorisation des actes professionnels 	<p>"3 mois ont été le temps de l'implantation, des premières utilisations et réglages et réajustement (...); L'annonce du changement de pratique avait été faite bien avant le déploiement effectif (...)"</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> •Moins d'erreurs •Sécurité/traçabilité 	<p>"un an de préparation (...); le (...) déploiement est aussi en lien avec l'échéance du nouvel hôpital (...) dans lequel on va être transféré (...); il n'intègre encore aucun profil métier (...), c'est donc à nos yeux, trop peu sécurisé (...)"</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gain de temps •Accès à l'information facilité
Appréciation du changement	<p>"même si celui-ci a été pensé en amont, entre ce qu'on a pu en attendre et la réalité, il y a une différence (...); tous sont plus impliqués (...); l'ensemble des agents s'est approprié l'outil dès le début (...); Je n'ai enregistré aucun mouvement de recul ou de résistance (...)"</p>	<p>"il y a surtout eu de la colère et de l'opposition (...) mais à côté de cela (...) certains soignants n'ont eu aucune difficulté (...); repose encore (...) sur un double support, (...) c'est d'ailleurs, une perte de temps exprimée (...); actuellement, nous pouvons dire que le logiciel est bien utilisé par tous, sauf peut-être par 2 chirurgiens (...) réfractaires (...)"</p>	<p>"on ne peut faire ce qui avait été prévu au départ (...); on est (...) dans les balbutiements (...); les plus âgés de l'équipe ont (...) été les plus en difficultés (...) même si ce n'est pas systématique (...); certains ont été affolés et venaient au travail avec la peur au ventre de ne pas pouvoir faire leur travail comme ils le souhaitaient (...); au bout de cinq mois, tout le monde s'est approprié le logiciel (...)"</p>

Plusieurs éléments, importants pour la compréhension du processus de changement, sont mis en exergue au travers de ces deux tableaux :

Les attributs du logiciel : l'ensemble des logiciels évoqués par les différents cadres rencontrés, revêt sensiblement les mêmes caractéristiques. Ils permettent tous la traçabilité de l'information paramédicale, exhaustive ou non, ainsi que l'activité relative aux traitements médicamenteux (prescriptions, validation parfois). Certains, davantage développés à ce jour sans doute du fait d'un déploiement plus ancien (Etablissement n° 2), se rapprochent d'une équivalence avec le dossier de soins papier existant dans le passé. Tous se sont vus implantés alors même la présence d'une activité informatique déjà existante. Selon les différents professionnels, celle-ci était centrée sur des éléments de gestion administrative. Les différences les plus criantes entre ces deux générations de logiciels, concernent la construction et le paramétrage de ceux-ci, ainsi que le caractère spécifique au service concerné. Enfin, notons l'aspect nominatif de l'information transcrite sur le DSI qui, selon les établissements, n'est pas encore effectif.

La préparation : au sein des établissements n° 2, 4, 5 et 6, il est question d'un logiciel construit, paramétré préalablement à sa mise en place tout comme l'évocation du projet auprès des équipes. Ainsi, cette étape préparatoire a parfois nécessité deux ans, notamment dans le cas de l'établissement n° 2. En revanche, pour l'établissement n° 1, situation très singulière, la décision relative au déploiement a été prise très rapidement : « *L'annonce de son déploiement a été faite du jour au lendemain par le cadre sup : le mois prochain, on arrête tout support papier !* ». Le cadre de santé interrogé a évoqué, à ce sujet, une rapidité dans le changement de pratique, sans même avoir travaillé sur le logiciel en question, ni même en avoir pris connaissance en amont.

Le vécu du changement : il diffère d'un établissement à l'autre. Ainsi, certains des cadres entretenus évoquent des difficultés, le plus souvent passagères chez certains soignants, directement liées à l'outil informatique (cadre de santé n° 1, 2, 5 et 6). Les cadres n° 1 et 6 évoquent, à ce titre, une difficulté accrue chez les soignants les plus âgés. Par ailleurs, il est également mis en exergue les contraintes directement liées aux modalités de déploiement et des attributs de chaque DSI. Il s'agit, dans ce cas, de gênes liées aux transmissions ciblées que nécessite le DSI et qui constituent une nouveauté supplémentaire (établissement n° 1) :

- à l'utilisation d'un double support (informatique et papier) de manière provisoire (établissement n° 5) ;
- aux logiciels multiples comme dans la situation de l'établissement n° 6 : le logiciel « *comprend trois modules et c'est parfois compliqué de jongler entre eux* ».

L'ensemble des cadres, dans sa grande majorité, atteste une situation actuelle satisfaisante en ce qui concerne l'utilisation du DSI par leur(s) équipe(s) respective(s). Seuls les cadres n° 5 et 6 mentionnent des difficultés dont la première concerne le refus de la part de deux des médecins

exerçant dans la clinique et, la seconde, le délai de mutation, délai pourtant qualifié de normal par l'ensemble des cadres interrogés (déploiement DSI récent et complet).

Les bénéfiques du DSI : il est, de manière unanime, avancé un certains nombre d'avantages à la mise en place du DSI. Les différents cadres évoquent ainsi un gain de temps, une traçabilité favorisant une sécurité des informations et actes techniques, un risque d'erreurs amoindri et, enfin, une responsabilisation de la part de chaque professionnel en lien avec la codification nominative des actes effectués auprès du patient. Notons que ce dernier point ne fait pas l'objet de tous les DSI.

3.3.2.3 L'accompagnement du changement

L'étude porte ici sur les réponses aux questions n° 9, 10 et 11 du guide d'entretien. Les tableaux ci-dessous recensent le point de vue des cadres interrogés sur l'accompagnement opéré lors de la mise en place du DSI et évoque, en dernier lieu, la disposition nécessaire à un accompagnement optimal.

	Cadre de santé N° 1	Cadre de santé N° 2	Cadre responsable N° 3
Soutien institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> •Service pilote •Aucun préalable •Formation sur l'outil <i>a posteriori</i> •Formation « transmissions ciblées » non obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> •Groupe de travail •Formation d'initiation à l'informatique en amont •Livrets mode d'emploi •Personne ressource transversale 	<ul style="list-style-type: none"> •Formation informatique personnalisée •Personne ressource transversale •Matériel informatique en conséquence
Rôles du cadre de santé	<i>"on avait préparé un petit fascicule à la disposition de tous (...), moments d'échanges, d'accompagnement et de soutien (...), formation et information informelle (...), l'exemple que je peux donner en tant que cadre est un rôle à part entière (...)"</i>	<i>"je me suis investie dès le départ dans ce projet (...); J'ai (...) fait partie du groupe de travail (...); J'ai mis (...) un cahier de transmission en place dans le service pour recenser les remarques, suggestions problèmes rencontrés (...); J'opère un certain contrôle"</i>	<i>"dans l'écoute, le cadre a une place forte (...); ce que j'ai vraiment essayé de faire, c'est de dédramatiser l'enjeu (...); Il ne faut pas nier la réalité, mais mettre en avant les avantages futurs (...); cette acquisition (...) m'a aidée (...) auprès des soignants (...)"</i>
Conditions souhaitables	<ul style="list-style-type: none"> •Temps de préparation •Soutien •Délai d'acquisition des automatismes •Appui sur personnes ressources •Formations en amont •Soutien de la direction •Management individualisé 	<ul style="list-style-type: none"> •Temps de préparation •Equipe soignante fixe •Appui sur personnes ressources •Associer tous les médecins •Logiciel intuitif 	<ul style="list-style-type: none"> •Temps de préparation •Délai d'acquisition des automatismes •Matériel informatique en conséquence •Communication •Réunion point-équipe •Formation en amont •Appui sur personnes ressources

A l'examen des données recueillies, force est de constater qu'un ensemble d'éléments conséquents est exprimé par les professionnels interrogés. Chacun a, semble-t-il, eu le souhait de

parvenir à un accompagnement le plus efficace possible, s'investissant de ce fait pleinement dans le processus de changement, le tout en y pointant également les préalables requis.

	Cadre de santé N° 4	Cadre responsable N° 5	Cadre de santé N° 6
Soutien institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> •Pôle pilote •Groupe de travail par corps de métier •Matériel informatique en conséquence •Formation en amont sur le logiciel •Personne ressource transversale •Procédure sur intranet 	<ul style="list-style-type: none"> •Service pilote •Groupe de travail par corps de métier sur DSI et Dossier patient •Questionnaire de connaissance informatique •Formation en amont sur l'outil informatique et DSI 	<ul style="list-style-type: none"> •Service pilote •Groupes de travail par corps de métier •Formation en amont sur l'outil informatique •Simulation du déploiement •Personnes ressources transversales •Référénts soignants
Rôles du cadre de santé	<i>"l'exemple, l'impulsion et la définition d'objectifs à atteindre de la part de l'équipe sont le résumé de mon action (...); groupe de travail (...) auquel j'ai participé (...); j'ai une fonction de feedback (...) faire remonter l'information concernant le logiciel et ce qu'il conviendrait de faire (...)"</i>	<i>"j'ai fait partie du groupe projet (...); Je réparais les erreurs, recherchais les causes de dysfonctionnement ou accompagnait les soignants dans la manipulation (...); je me définie comme support de premier degré pour les petits problèmes (...); en retour, mon rôle est de transmettre les difficultés rencontrées par l'équipe à l'éditeur et à la direction. Je suis vraiment dans un entre deux (...)"</i>	<i>"beaucoup de réunions de crise pour trouver des solutions de détournement (...); Je me suis intégrée aux groupes de travail déjà existants (...); il faut que l'on soit au départ impliqué soi-même (...); le fait de voir le cadre autant impliqué (...) cela diminue la réticence susceptible d'être ressentie (...); on fait remonter les informations (...); signifier et signifier à nouveau que l'on ne pourra pas revenir en arrière (...)"</i>
Conditions souhaitables	<ul style="list-style-type: none"> •Groupes de travail •Formations •Elément déclencheur (déménagement) 	<ul style="list-style-type: none"> •Aisance informatique de la part du cadre et infirmière (fiche de poste) •Cadre impliqué le plus tôt possible dans le projet •Communication •Paramétrage modifiable •Rechercher la participation du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> •Temps de préparation •Logiciel adapté à la spécialité •Proximité avec les soignants •Soignants référents •Formations en amont •Groupes de travail, en amont et <i>a posteriori</i>

Le déploiement de chaque logiciel a nécessité un dispositif propre à chaque établissement, majoritairement construit en trois temps bien définis :

L'étape préparatoire : qui repose conjointement sur l'action institutionnelle et locale. Afin d'aboutir à un meilleur dispositif de déploiement possible, l'ensemble des établissements, excepté le n° 1, a mis en place un certain nombre de préalables dont les plus souvent rencontrés sont :

- la formation destinée aux agents ;
- la création de groupes de travail institutionnels ;
- l'appui sur des personnes ressources transversales (très souvent les informaticiens).

La formation priorisée en amont est, non seulement axée, pour la plupart des établissements, sur le DSI mais aussi sur l'informatique en elle-même et, parfois, sur l'exercice des transmissions ciblées.

Cette étape préparatoire, largement mise en avant par les cadres interrogés, implique également la participation de ces derniers aux groupes de travail créés au niveau institutionnel. A ce titre, ils représentent la fonction soignante et participent à la réflexion préliminaire sur l'organisation future de travail.

La mise en place : qui implique très nettement les soignants utilisateurs et, de manière significative, les cadres de santé au travers de leur rôle d'intermédiaire entre le service et les personnes ressources compétentes dans le paramétrage, mais aussi leur rôle de soutien, d'écoute et de communication. Enfin, le modèle de conduite que peut donner le cadre et sa prise de partie pour la défense du projet sont également perçus comme fondamentaux dans le processus de changement.

La pérennité du changement : qui s'appuie sur l'accompagnement individualisé et la poursuite du travail transversal déjà mis en œuvre.

3.3.3 La synthèse des questionnaires

De la même manière que l'étape précédente, la synthèse des 64 questionnaires renseignés sera abordés selon trois angles d'approche:

- le profil des professionnels infirmiers ;
- l'apprentissage de l'innovation informatique ;
- l'appréciation du changement.

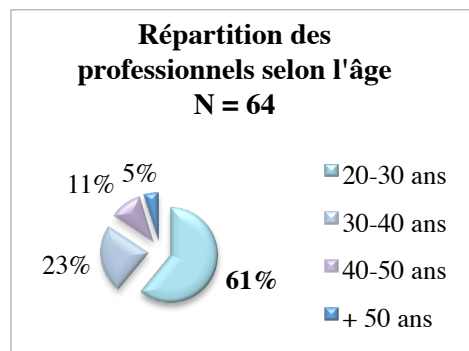
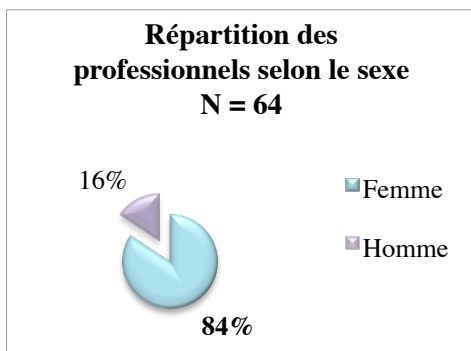
Chacun de ces aspects regroupera un certain nombre d'items issus du questionnaire. Ces derniers seront présentés sous formes graphiques, afin d'en faciliter la lecture. Chaque représentation graphique aura pour base « N », correspondant à la somme des professionnels ayant répondu à la question. Les résultats affichés le seront de manière globale, c'est-à-dire qu'ils ne concerneront pas les établissements à titre individuel, excepté ponctuellement ; l'objectif étant d'apprécier le caractère quantitatif du procédé.

3.3.3.1 Le profil des professionnels infirmiers interrogés

N = nombre de réponses à la question exploitables.

Question n° 1 : Vous êtes ?

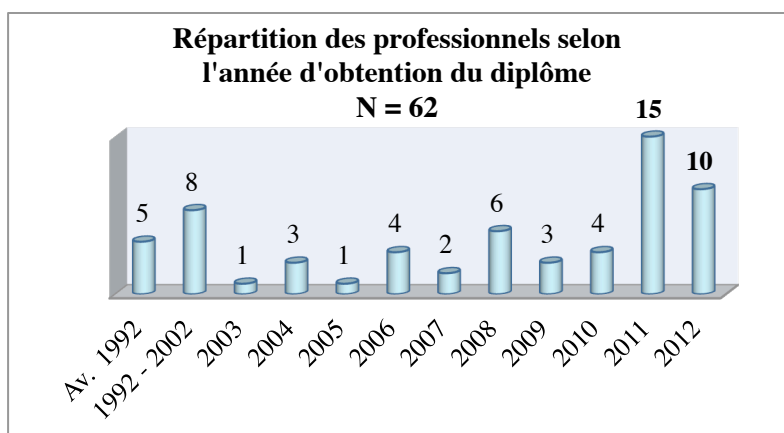
Question n° 2 : Quel est votre âge ?



A la lecture de ces deux graphiques, je constate que :

- conformément à la représentation nationale féminine de la profession s'élevant à 88% en 2006, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)⁹⁸, la profession est ici représentée majoritairement par des femmes
- le profil des infirmiers est jeune puisque 61 % d'entre eux affichent un âge compris entre 20 et 30 ans.

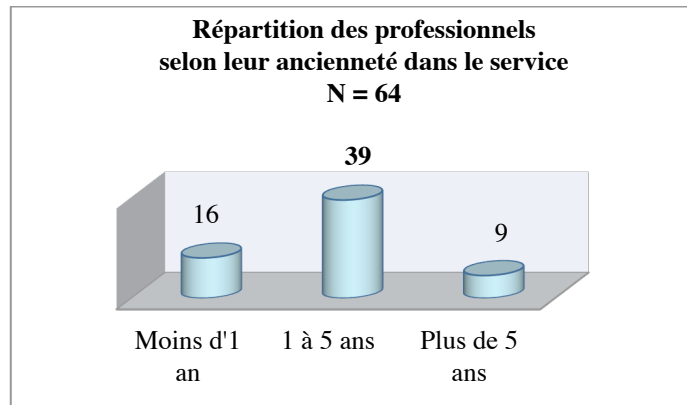
Question n° 3 : Quelle est votre année de diplôme ?



La majorité des professionnels bénéficie d'une expérience récente. En effet, près de 80% de ces derniers possèdent moins de dix années d'ancienneté dans la profession et 40% moins de deux années. Ce constat explique l'âge majoritairement jeune de l'échantillon cité plus haut.

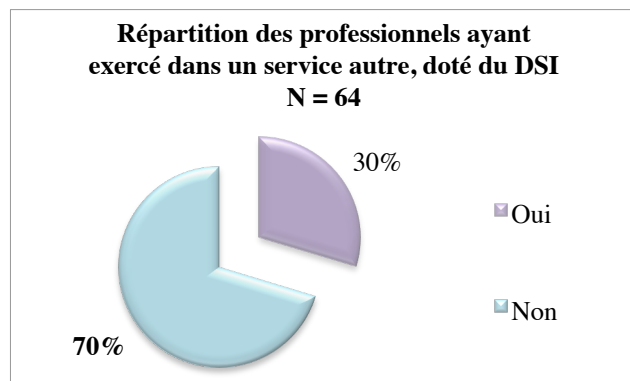
⁹⁸DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES ET AL. *Etude et résultats*. 05/2011, n° 759. Page 1. Disponible sur <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>> (consulté le 17/03/2013).

Question n° 4 : Quelle est votre ancienneté dans le service ?



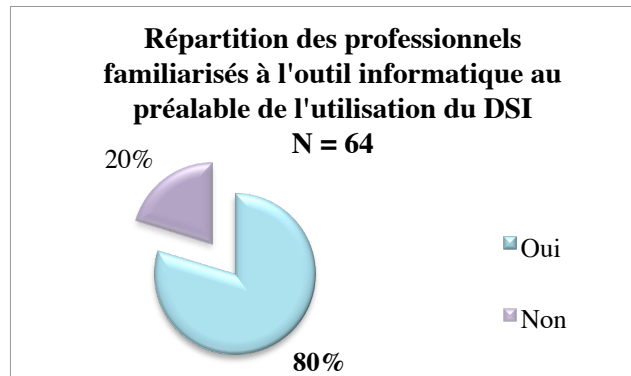
75% des professionnels interrogés exercent dans les services consultés depuis au moins un an, laissant supposer une connaissance formelle du fonctionnement organisationnel du service ainsi que des objectifs institutionnels. Cette proportion reflète la tendance propre à chaque établissement, soit 57% pour l'établissement n° 4, 52% pour le n° 5, enfin 71% pour le n° 6.

Question n° 5 : Avez-vous travaillé dans un service autre, doté du DSI ?



Conformément à la tendance par établissement, la majeure partie des personnes interrogées a, pour la première fois, utilisé le DSI au sein de son service actuel et, de ce fait, a été confronté à un changement de pratique dû à sa mise en place au sein des services.

Question n° 12 : Etiez-vous familiarisé(e) à l'outil informatique avant l'utilisation du DSI ?



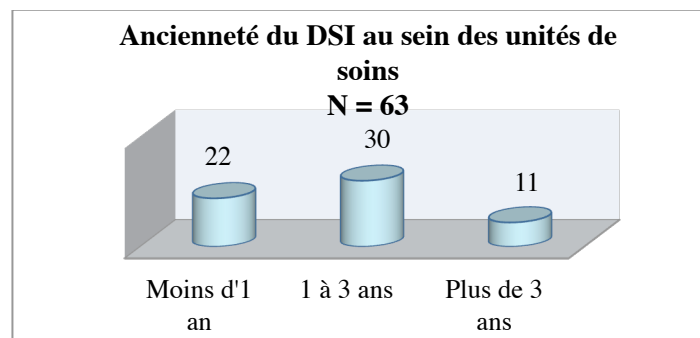
La majeure partie des personnes sondées estime posséder des connaissances informatiques et, ce, avant même l'utilisation du DSI. Cette donnée reflète, également, la répartition par établissement, dont la part la plus faible des personnes accoutumée à l'outil informatique s'élève à 71%.

Le bilan des réponses obtenues à ces six questions, nous apprend que l'échantillon des professionnels interrogés possède les caractéristiques dominantes suivantes :

- un personnel majoritairement féminin ;
- un âge jeune ;
- une expérience professionnelle récente et s'appuyant sur une certaine connaissance du service ;
- la découverte récente du DSI, au sein du service actuel ;
- un usage effectif de l'outil informatique au préalable du déploiement du DSI.

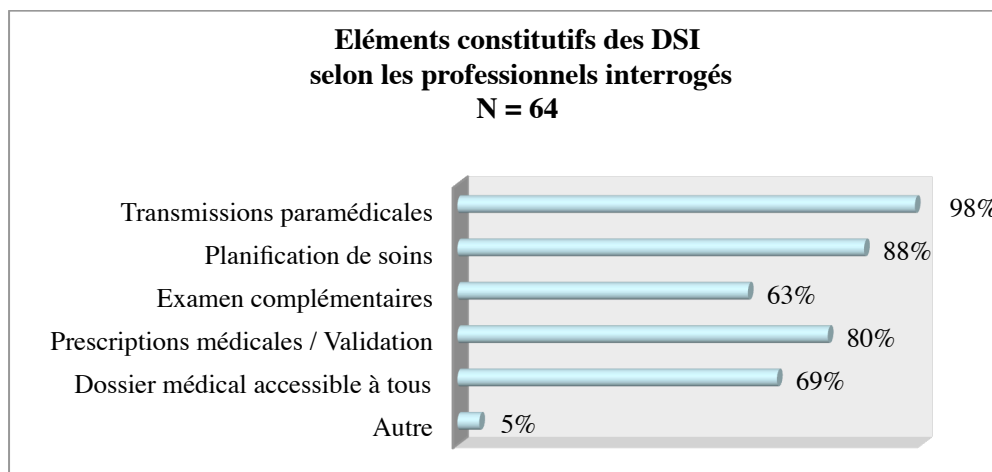
3.3.3.2 L'apprentissage de l'innovation technologique

Question n° 6 : Depuis quand est mis en place le DSI au sein de votre service ?



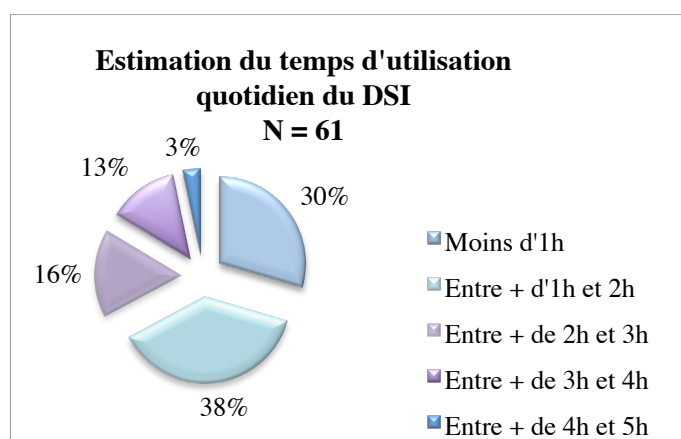
Le DSI est, en moyenne, déployé sur l'ensemble des services depuis 1 à 3 ans. Cela ne reflète pas la situation de chaque établissement, puisque pour le n° 4, le déploiement date de l'année passée, alors que pour le n° 6, selon les professionnels questionnés, il est en œuvre depuis plus de 3 ans.

Question n° 7 : Quels éléments constituent actuellement le DSI ? (Choix multiples)



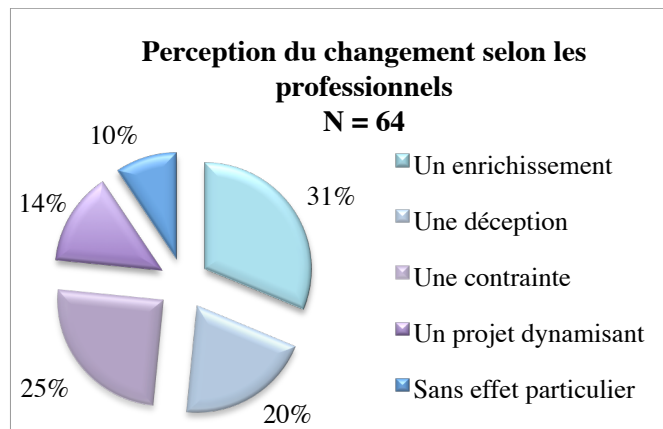
L'élément le plus fréquemment recensé, au regard des données recueillies, concerne le module des transmissions paramédicales. Élément constitutif du DSI à 98%, il est accompagné des volets relatifs à la planification des soins et des prescriptions médicales.

Question n° 8 : A combien de temps estimez-vous le temps passé sur le DSI par jour ?



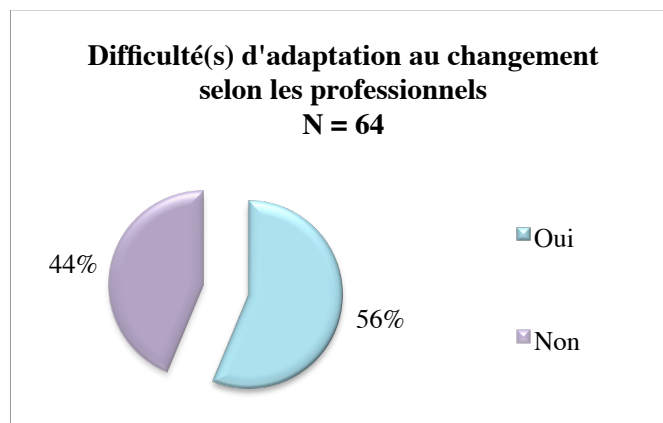
Plus de la moitié des personnes interrogées (68%) estime le temps d'utilisation journalier entre une heure et deux heures. Pour les autres ce temps est majoré, ce qui laisse supposer un impact sur l'organisation de travail au quotidien.

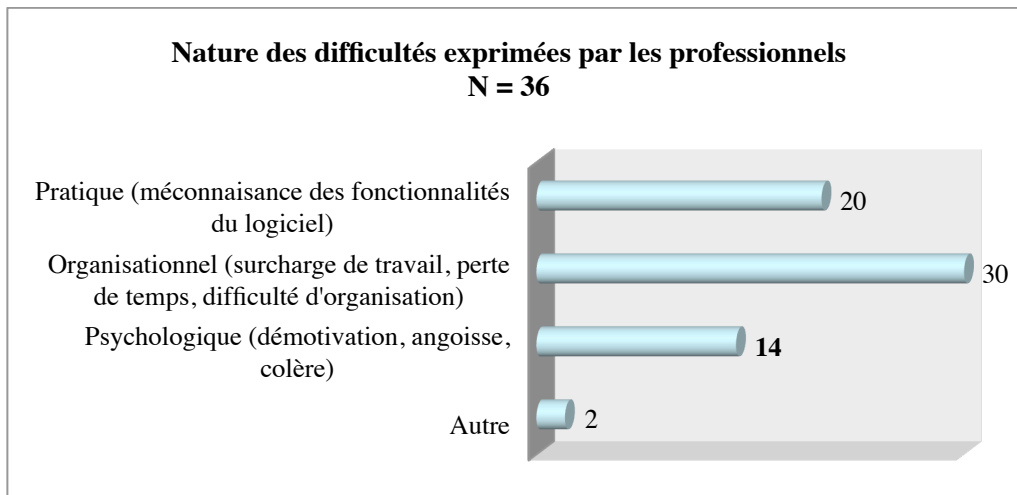
Question n° 11 : Vous estimez le changement de pratique inhérent à la mise en place du DSI comme: *(Une seule réponse attendue)*



Le regard porté sur le changement inhérent à la mise en place du DSI est variable au sein du panel de professionnels interrogés. Si 10% d'entre eux perçoivent le changement de manière lointaine et sans effet particulier, 90% des personnes affichent catégoriquement leur sentiment face à ce changement. Ainsi, à part égale, 45% perçoivent négativement cette modification de pratique, alors que les 45% restants la vivent de manière positive. Cette donnée nous permet de dire que le changement divise le personnel infirmier interrogé, tant sur le vécu et la perception de celui-ci (20% de déception contre 14% pour un projet dynamisant), que sur la modification de pratique engendrée en tant que telle (31% pour un enrichissement, contre 25% pour une contrainte).

Question n° 15 : Avez-vous ressenti des difficultés d'adaptation à la nouvelle pratique inhérente à la mise en place du DSI ? Si oui, de quel ordre ? *(Choix multiples)*



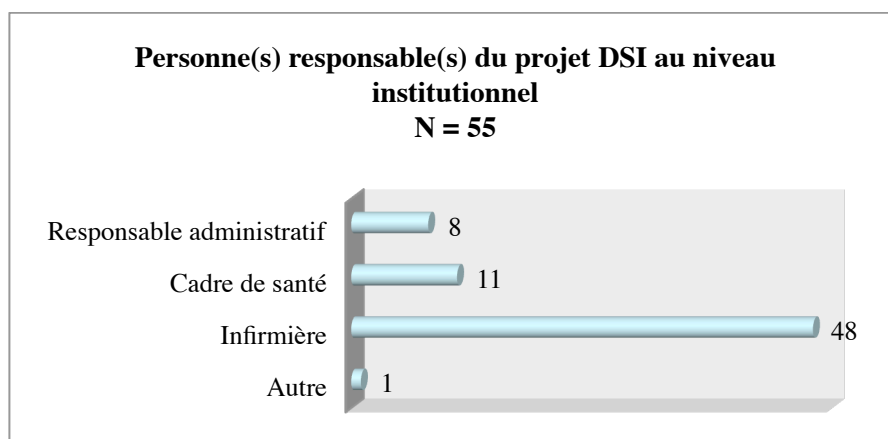


Une large partie des professionnels exprime une difficulté d'adaptation face aux nouvelles dispositions de travail inhérentes à la mise en place du DSI au sein du service. Si ces difficultés sont d'ordres divers, le changement organisationnel, largement exprimé (83% des réponses), semble avoir l'impact le plus fort, suivi des dispositions pratiques requises par l'utilisation du logiciel. Cet élément, non négligeable, a été exprimé dans 56% des cas. Enfin, 39% des personnes s'estimant avoir été en difficulté déplorent un impact psychologique.

L'implantation du DSI au sein des unités de soins a représenté une étape importante pour les équipes utilisatrices. L'organisation du travail s'est avérée transformée et l'apprentissage de cette mutation ne semble pas avoir été perçu de façon positive par tous, se répercutant sur les conditions de travail, voire, sur la qualité de ce dernier.

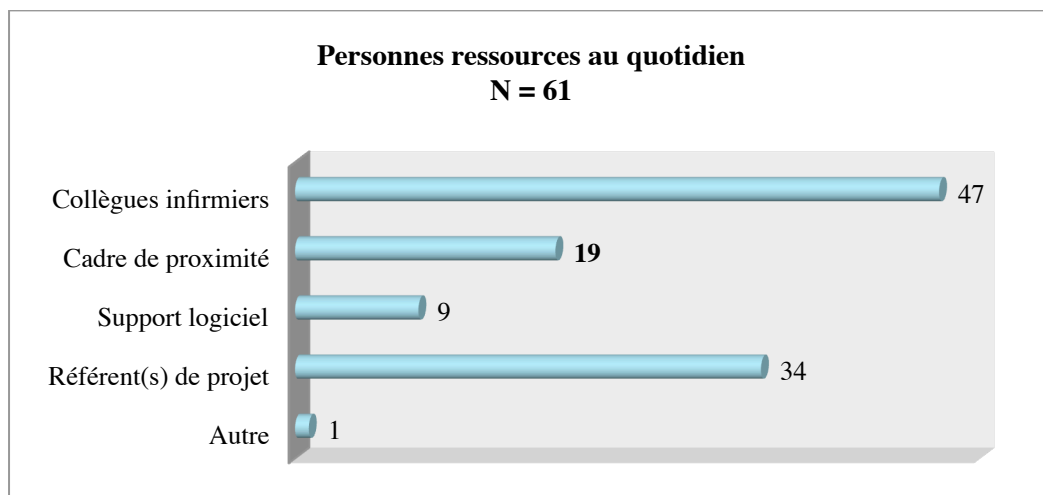
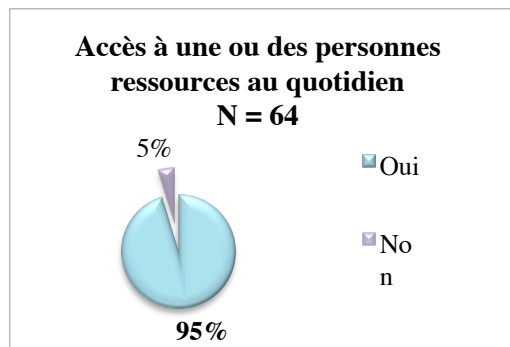
3.3.3.3 L'appréciation du changement

Question n° 9 : Y a-t-il une/des personne(s) responsables(s) du projet DSI au niveau institutionnel ? Si oui, quelle(s) est/sont-elle(s) ? (*Choix multiples*)



89% des personnes interrogées reconnaissent la présence d'au moins une personne responsable du projet DSI au niveau institutionnel. Cette assistance reflète la tendance par établissement et laisse donc supposer l'intervention de ces personnes de manière transversale sur l'établissement, permettant de mener à bien le projet. Selon les sondés, ces intervenants sont généralement des infirmières, pour une large majorité. Il pourrait s'agir d'infirmières ayant œuvré au sein de groupes de travail portant sur le sujet. Le cadre de santé est, pour 20% des sondés, un professionnel référent au niveau institutionnel, susceptible par conséquent, d'être un cadre de santé issu d'un service autre, remplissant également une fonction transversale.

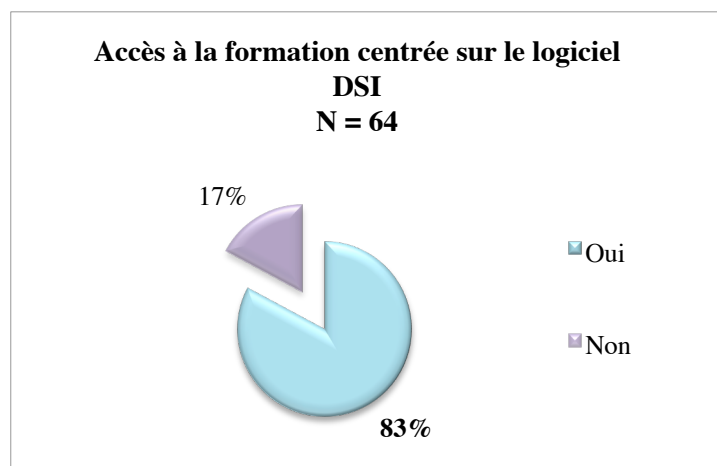
Question n° 10 : Avez-vous pu vous appuyer sur une ou plusieurs ressource(s) pour le maniement quotidien du DSI ? Si oui, quelle(s) est/sont-elle(s) ? (*Choix multiples*)



La majeure partie des professionnels interrogés estime avoir pu recourir à une ou plusieurs personnes ressources à l'issue du déploiement du DSI au sein des unités. Ces personnes, cités 47 fois par 77% des personnes ayant répondu, sont principalement le(s) référent(s) de projet et les autres collègues infirmiers. Pour 56% des personnes, le référent de projet représente également une

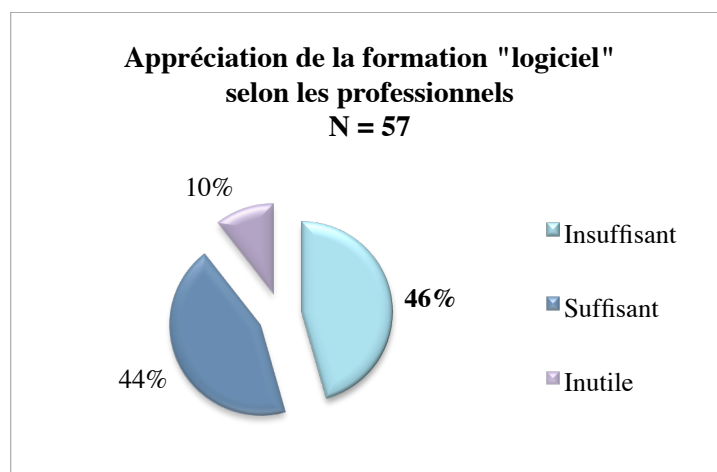
ressource certaine. Le cadre de santé, cité 19 fois, a, pour 31% des professionnels interrogés, un rôle à jouer dans l'accompagnement quotidien des équipes face à l'utilisation du DSI.

Question n° 13 : Avez-vous bénéficié d'une formation centrée sur le logiciel informatique DSI ?



La formation, préoccupation de l'institution à des fins de bonne maîtrise de l'outil de travail, a été dispensée à une large partie des personnes interrogées.

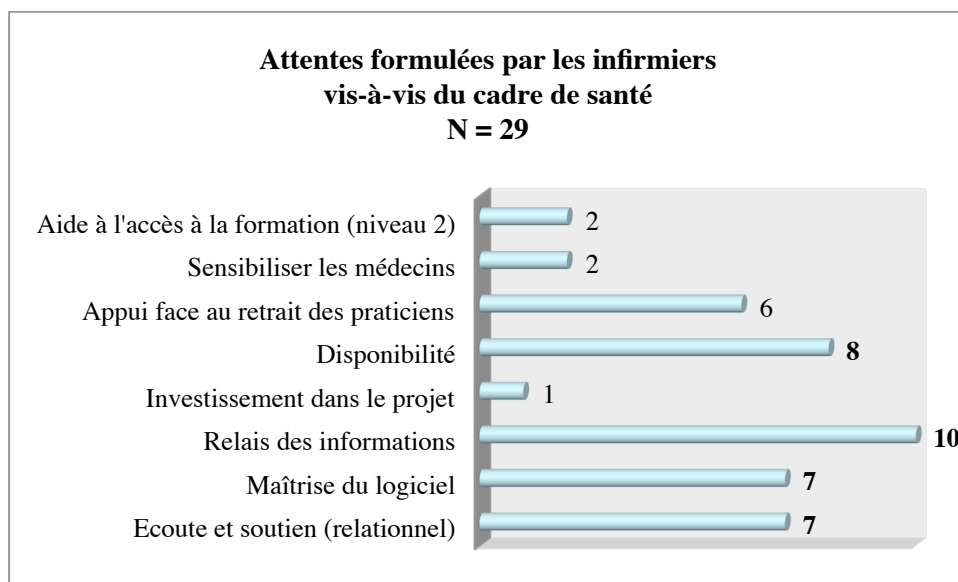
Question n° 14 : Comment estimez-vous l'apport de cette/ces formation(s) ?



La formation, dont ont bénéficié 83% des agents, n'est pas perçue de manière unanime et équivalente. En effet, à parts égales, une première partie s'est contentée de cet apport institutionnel alors qu'une seconde estime n'avoir pas atteint la connaissance suffisante à l'issue de la session. Le

caractère inutile de la formation, exprimé par 10% des professionnels interrogés, concerne probablement en partie, les 80% des personnes déjà familiarisées avec l'outil informatique.

Question n° 16 : Dans un tel contexte de changement, quelles sont vos attentes vis-à-vis du cadre de santé ? (*Question ouverte*)



De nombreuses attentes sont exprimées vis-à-vis du cadre de santé dans le processus de changement inhérent au déploiement du DSI. Le relais des informations, cité 10 fois par l'échantillon interrogé, représente ainsi 34% des attentes de celui-ci. Cette fonction fait référence au feed-back que le cadre est amené à faire auprès des professionnels référents de projets (informaticien le plus souvent). D'autres attentes, toutes autant exprimées, concernent l'appui que peut représenter le cadre, notamment en cas de difficultés rencontrées lors de l'utilisation du logiciel DSI (maîtrise de l'outil, disponibilité, soutien) et face à la propre réticence médicale à utiliser celui-ci. Enfin, l'accès à la formation est, de manière limitée, exprimée par deux professionnels.

3.4 L'exploitation des résultats

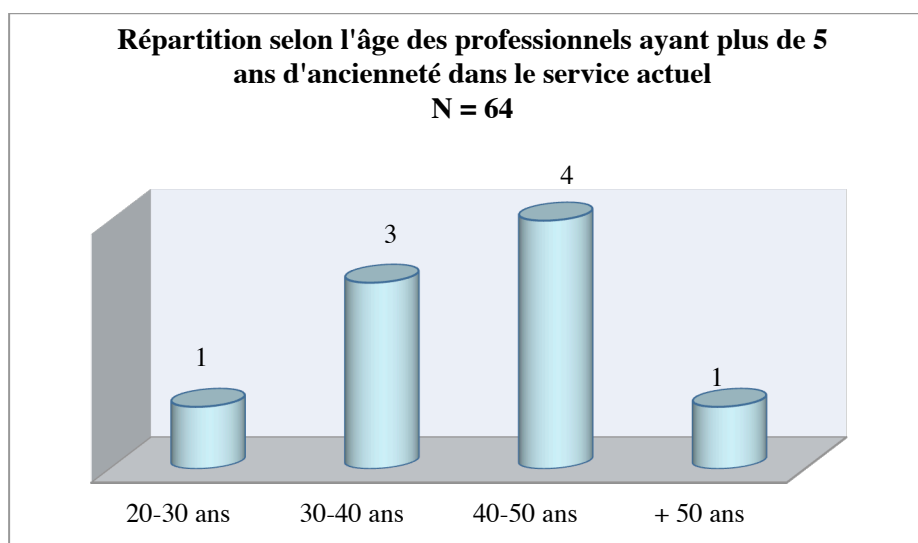
A l'issue de la synthèse des résultats proposée au cours du chapitre précédent, il convient désormais d'en tirer le bilan. J'ai fait le choix, à des fins de clarté, de reprendre les angles d'approche adoptés lors de cette synthèse. Par ailleurs, pour une meilleure compréhension, certains éléments quantitatifs (résultats des questionnaires) vont être croisés et opposés aux éléments rapportés par les cadres de santé interrogés.

3.4.1 Le profil des professionnels

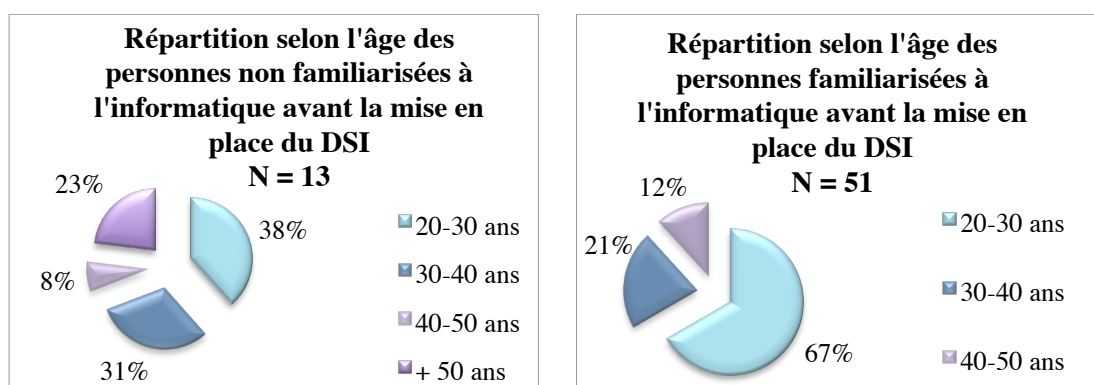
Les unités de soins dont sont issus les professionnels interrogés, sont composées de diverses professions, elles-mêmes comptant différents profils professionnels et personnels. La population des cadres de santé et celle des infirmiers, présentent une certaine hétérogénéité engendrée par :

- l'intégration d'agents d'âges variés ;
- la présence de parcours singuliers ;
- des aptitudes propres à chacun ;
- des dispositions personnelles à accepter le changement dans sa globalité.

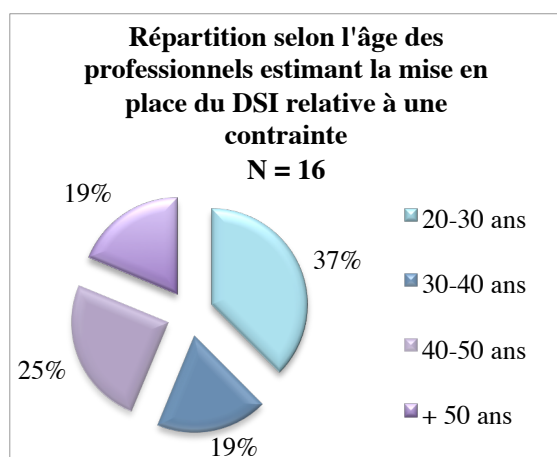
Cette disparité influe sur la manière dont est abordée et réalisée la mutation informatique escomptée, mais ne peut, néanmoins, généraliser celle-ci. Ainsi, l'examen du parcours professionnel des cadres n° 1 et 6, montre que le changement semble ne pas être un élément perturbateur, facilité en cela par les multiples remaniements vécus jusqu'alors. Ainsi, un parcours professionnel diversifié au sein de multiples secteurs disciplinaires permet d'augurer *a minima* sur la capacité d'appréhender le changement par l'individu. Par ailleurs, le nombre de mutations entre services au sein même d'une discipline médicale, fait également partie des paramètres à considérer. Dans le cas présent, certains cadres affichent, certes une stabilité - rassurante - au sein de leur institution ou bien dans une discipline propre, mais leur peu d'ancienneté sur le poste atteste volontiers de mouvements relativement récents. Ce constat se fait également à la lecture des réponses aux questionnaires, car seuls 9 infirmiers sur 64 interrogés affichent une ancienneté de plus de 5 ans dans le service actuel contre 39% pour une ancienneté de moins d'un an. Le graphique ci-dessous montre que celle-ci n'est finalement pas un critère recherché et, qu'elle concerne toutes catégories d'âge.



Nous pouvons déduire que le changement est un élément prégnant et fréquemment appréhendé chez les professionnels de santé. Cependant, certaines évolutions inhérentes à l'institution, comme le DSI, ne sont pas sans effet sur la capacité à changer chez ces derniers. Etre familiarisé à l'outil informatique, en amont de la mise en place du nouveau logiciel de travail, est une variable à considérer. A ce titre, certains cadres de santé, pour qui l'informatique n'a pas été synonyme de contrainte, évoquent une difficulté d'appropriation du logiciel en lien avec l'âge de la personne (cadres de santé n° 1 et 6). Au regard des schémas graphiques ci-dessous, cette donnée ne peut cependant être généralisée.



Nous constatons que la part des professionnels non accoutumés à l'utilisation de l'informatique est plus importante chez les jeunes (20-30 ans) que celle des séniors. Parallèlement, la maîtrise informatique est affirmée par 80% des personnes et de manière non négligeable chez les seniors (12% des 45-50 ans). De même, si nous étudions le changement perçu de manière négative (contrainte) chez l'ensemble des professionnels, il paraît difficile de qualifier la catégorie des professionnels plus âgés comme la plus en difficulté. En effet, le diagramme ci-dessous, répertoriant les professionnels jugeant l'utilisation du DSI comme une contrainte, affiche une part des 40-50 ans qui s'élève seulement à 19%, contre 37% pour les 20-30 ans.

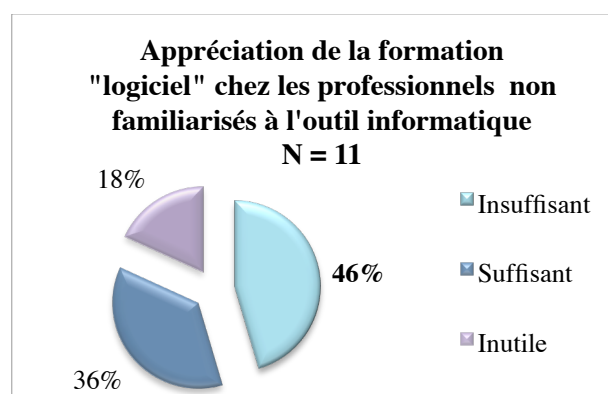


Cependant, la contrainte déclarée n'étant pas assez précise et ne ciblant pas suffisamment la cause, cette donnée doit restée nuancée. De plus, si la perception de l'enquêté sur le changement, *a posteriori*, est positive, cela ne peut permettre d'exclure toute difficulté ressentie lors des premières utilisations. Néanmoins, 43% des 20-30 ans affirment, aujourd'hui, avoir vécu des difficultés d'adaptation lors du déploiement, contre 57% pour les 40-50 ans et 100% pour les plus de 50 ans.

3.4.2 L'apprentissage de l'innovation informatique

Le DSI implanté au sein des unités a, incontestablement, modifié la pratique quotidienne des soignants. En effet, l'ensemble de l'activité relevant de son utilisation (transmissions paramédicales, prescriptions médicamenteuses, examens complémentaires, etc.), le temps qu'il requière (plus de deux heures selon 32% des infirmiers sondés) ainsi que la perception du changement, positive ou négative, qu'il a induit (91% de la population infirmière), constituent le socle d'un changement à grande échelle.

Le plus souvent non exhaustif et de performance progressive au départ, le DSI fait l'objet de réflexion *a priori*, en cours d'élaboration et, enfin, dans la continuité de sa mise en place. Le temps de préparation semble être, pour une majorité des institutions, un préalable indispensable reposant sur la définition d'objectifs et de plans d'actions, afin d'atteindre les priorités fixées. La production de soins performants en constitue l'une d'entre elles et est, selon les professionnels interrogés, très étroitement corrélée à la qualité des conditions de travail organisée autour du DSI. La crainte la plus redoutée chez les professionnels concernés par un déploiement imminent, est la désorganisation liée à la perte des repères, engendrée vraisemblablement par le DSI. 75% de professionnels jugeant le DSI contraignant, attestent la légitimité de cette crainte mais, malgré tout, la moitié d'entre eux reconnaissent l'aspect pratique du DSI. Pour pallier à ces difficultés, variable sérieusement prise en compte par la majeure partie établissements, la formation initiale destinée aux agents a été instituée. Celle-ci ne s'est avérée efficace qu'en partie, selon 46% des infirmiers formés la jugeant insuffisante. Cet avis se partage d'autant plus chez les personnes non familiarisées, au départ, avec l'outil informatique :



La formation aux transmissions ciblées a, par ailleurs, été un des éléments rapportés par certains des cadres de santé interrogés. Celle-ci, davantage axée sur la pratique professionnelle, s'est avérée, par la suite, être un antécédent opportun pour une meilleure appropriation du DSI impliquant, le plus souvent, ce type de traçabilité des informations. La formation dès lors, ne concerne plus seulement l'outil informatique et le logiciel en tant que tels, mais va au-delà pour, *in fine*, contribuer à la modification de « *tout un état d'esprit* »⁹⁹.

3.4.3 L'accompagnement du changement

Les phénomènes de résistances, avancés par certains cadres de santé se trouvent, pour la plupart, liés à l'utilisation d'un nouvel outil de travail apprivoisé progressivement par chacun. Certains y parviennent seuls, d'autres grâce à leurs homologues ou bien encore par le biais des agencements prévus par l'institution. Ces derniers se réfèrent :

- aux groupes de travail mis en place en amont de la recherche du logiciel le plus adapté ;
- à l'accueil de personnes ressources extérieures et spécialistes sur les questions informatiques ;
- à la détermination de rôles transversaux pour certains membres de l'institution (infirmier, cadre de santé, etc.) ;
- aux tests et simulations parfois effectués avant le déploiement effectif, aux campagnes d'information (...).

L'accompagnement de chacun des professionnels utilisateurs dans sa relation avec l'informatique, constitue le but de toutes ces actions. Le domaine de l'informatique étant abordé avec plus ou moins de difficulté selon les personnes, les cadres de santé interrogés et les infirmiers questionnés, déclarent prendre en considération, de façon rigoureuse, la souffrance personnelle ressentie conjecturalement. 39% des soignants interrogés estiment, à ce titre, avoir été en souffrance psychologique lors de la période de changement relative à la mise en place du DSI au sein de leur unité. Une telle situation constitue une priorité pour les cadres de santé dont certains prônent un management individualisé, s'appuyant sur l'écoute, le soutien et la recherche de proximité avec les collaborateurs. La notion d'exemple symbolise, également, un levier d'action selon certains cadres. Les attentes des professionnels, de la part de leurs supérieurs hiérarchiques, confortent ce principe. Ils attendent du cadre de santé :

- la maîtrise de l'outil (24%) ;
- un relais des informations (34%) ;
- une disponibilité en cas de besoin (27%).

⁹⁹ Cadre de santé n° 1. *Entretien cadre de santé*. 5 mars 2013.

De plus, le rôle du cadre de santé est, entre autres, de favoriser l'investissement de tous les professionnels utilisateurs du DSI, à savoir l'équipe médicale qui, de manière ponctuelle, peut à elle seule freiner le bon déploiement et la bonne performance du DSI.

A l'examen des éléments exprimés au cours de cette enquête, il convient, non pas de généraliser l'ensemble des points abordés dans ce chapitre, mais de garder en mémoire les aspects positifs et négatifs, notamment ceux qui ont permis d'appréhender la dynamique de changement opérée par les professionnels rencontrés. Si des dispositions institutionnelles ont été mises en place, de même que certaines conditions favorables à un déploiement du DSI optimal ont été exprimées, il n'en reste pas moins qu'un tel changement organisationnel implique des individualités qui, le plus souvent, sont imprévisibles. Le cadre de santé n° 3 précise à ce titre : *« je n'ai pas vraiment relevé de difficulté chez les soignants. J'ai été très étonné, et très agréablement surpris. Le doute m'a pris pour une soignante plus âgée (...) mais au final, je ne constate aucune difficulté »*. Les choses n'étant pas immuables, ce même cadre de santé résume : *« il n'y a donc pas de règle ! »*.

4 L'ANALYSE DE LA RECHERCHE

Faire un parallèle, entre les apports conceptuels et l'enquête menée sur le terrain, permet de mettre en évidence les facteurs influant sur la dynamique de changement propre au déploiement du DSI au sein des unités de soins. Afin de les aborder de la manière la plus précise et explicite possible, ceux-ci vont être présentés en regard des trois dimensions mises en exergue au début de ce travail de recherche, et qui constituaient les fondements de mon interrogation :

- la dimension qualité ;
- la dimension humaine ;
- la dimension opérationnelle.

4.1 La dimension qualité

Les différentes étapes étudiées précédemment nous ont démontré que l'instauration du dossier de soins informatisé, a pour but essentiel la garantie d'une qualité et d'une sécurité marquées ainsi que d'une efficacité dans la prise en charge du patient.

Il semble évident, au travers de la coordination des actions entreprises autour de la prise en charge du patient, que la sollicitation nécessaire à l'aboutissement de cette recherche de qualité optimale, touche tous les professionnels hospitaliers. A ce titre, la notion de pluridisciplinarité est mise en avant, elle-même favorisée par l'utilisation d'un outil commun. Les professionnels, dans leur ensemble, qualifient le partage d'information favorisé par le DSI, d'avancée positive et ce, malgré l'existence de certaines lacunes. A ce sujet, la revue littéraire en listait un certain nombre d'atouts spécifiques, mais, à l'issue du travail d'enquête, force est de constater la persistance d'écarts entre le but initialement recherché et l'action véritablement réalisée et réalisable sur le terrain. Ces écarts sont relatifs :

- à l'absence d'exhaustivité des volets composant le DSI, nécessitant parfois l'utilisation d'un double support ;
- au secret limité des données, inhérent à une codification nominative parfois non activée ;
- à l'investissement de l'ensemble des acteurs limitant la performance du DSI ;
- au paramétrage parfois peu, voire pas du tout adapté à la spécificité du service cible.

Malgré tout, ces anomalies font l'objet de réflexion tant au niveau local qu'au niveau institutionnel. Le travail de collaboration, le plus souvent par l'intermédiaire des groupes de travail constitués, contribue de manière certaine à cette mission de réajustement à plus ou moins long terme. Adapter le nouvel outil de travail au plus près de l'activité de soins en constitue la priorité. Réelle

« démarche qualité », cette étape préalable et systématique, *a posteriori* favorise l'assurance d'une qualité continue, octroyant à chacun des utilisateurs une confiance en un dossier de soins informatisé répondant aux exigences préétablies. Il est de la sorte possible d'avancer que la qualité première d'un DSI, aujourd'hui, se mesure au travers des enjeux qu'il implique :

- enjeu de santé publique au travers de la qualité des soins apportés au patient ;
- enjeu organisationnel par le biais d'une mise en réseau efficace de l'information médicale ;
- enjeu financier au travers du coût qu'il fait supporter à l'établissement ;
- enjeu stratégique de par les choix adoptés par l'établissement de soins en termes de temporalité concernant la mise en œuvre et de dispositif d'accompagnement.

A l'examen du cadre conceptuel et des discours professionnels, plusieurs variables interviennent au cours du déploiement du DSI, telles :

- les ressources allouées pour le projet (parc informatique par exemple) ;
- les bonnes pratiques professionnelles (l'utilisation effective de la part des différentes catégories professionnelles, par exemple) ;
- le résultat mesuré (l'information claire, accessible et fiable d'un service à l'autre de l'établissement de soins par exemple).

Cette efficacité recherchée et espérée fait, aujourd'hui, l'objet de préoccupations importantes pour de nombreux établissements de soins, à l'approche de la future campagne de certification des établissements, prévue dès avril 2013. En effet, l'efficacité du DSI, élément intégrant pleinement les SIH des établissements de soins, sera appréciée à l'aide d'indicateurs de qualité du programme Hôpital Numérique (identitovigilance, pharmacovigilance, confidentialité, DMP compatible, etc.). Ces indicateurs intégreront les critères de référence dans l'évaluation de ces établissements de santé.

Par ailleurs, la création récente de la fonction d'ordonnateur de gestion des risques associés aux soins au sein des établissements, témoigne d'une réelle ambition de culture de travail intégrant pleinement la gestion des risques, tout en partageant l'expérience et le savoir-faire de chacun au profit d'un parcours de soins (hôpital-ville) favorisant la qualité de la prise en charge. Le DSI entre dans ce modèle et répond à ce que D. GRIMAUD exprime: « *la qualité des soins ne se situe pas uniquement au sein de la structure de soins, elle doit prendre en compte également toute la trajectoire des soins (...) aussi bien à l'intérieur de l'établissement que dans une dynamique de réseau extra-muros* »¹⁰⁰

¹⁰⁰ GRIMAUD Dominique. La qualité en santé. *Revue épidémiologique de Santé Publique*. 09/2005, n° 53. Page 1S4.

4.2 La dimension humaine

Au cœur du changement organisationnel lié au déploiement du DSI, apparaît très clairement la prise en compte de la dimension humaine.

Les notions de résistance, d'opposition et de souffrances avancées par les professionnels de terrain, font échos aux éléments théoriques étudiés précédemment. La perte des repères de la part des utilisateurs, associée à la crainte liée à un défaut de compétence en matière informatique, l'élaboration d'un nouveau modèle de transmissions ciblées et l'extériorisation due à ces dernières, se révèlent être à l'origine de perturbations individuelles et collectives.

Nous avons pu constater que l'émotion est directement mobilisée dans l'appréhension du processus de changement. Egalement, le sens donné à ce dernier par les acteurs est vecteur de facilitation, tout comme l'intérêt perçu à modifier sa pratique. Néanmoins, force est de constater que l'absence de règle préétablie en la matière nécessite, parfois, un accompagnement individualisé du professionnel par l'entité hospitalière. Cet accompagnement, en regard de l'enquête menée, doit être apporté aux personnes pour qui la science informatique n'est pas une évidence, surtout au cours d'une époque marquée, selon Y. LE FLOCH, par la « *fracture numérique entre les plus jeunes et ceux qui l'ont découvert plus tardivement* »¹⁰¹. La crainte relative à la sphère informatique dominante ne peut être dépassée sans l'appui d'un management personnalisé et d'un collectif bienveillant, en réponse à la scission numérique qui voit désormais arriver les « *Nouveaux Systèmes d'Information* » (NSI). C'est la raison pour laquelle les cadres de santé interrogés qualifient la formation entre pairs d'atout indispensable à toute transformation efficace du collectif de soins. Cette mixité générationnelle pose immédiatement la question de la reconnaissance de la différence de chacun en faveur d'une cohabitation harmonieuse des compétences. Procédé unanime chez les cadres de santé rencontrés, le rapport entretenu au travers de cette association d'acteurs a été reconnu favorable à une pédagogie de l'action, sur le terrain, à des fins d'initiatives et d'autonomie parfois.

En parallèle, l'étude révèle l'exercice collaboratif comme une démarche privilégiée favorisant la réalisation du travail de réseau précédemment cité. La pluridisciplinarité nécessaire au bon fonctionnement du DSI au sein de l'unité fait, ainsi appel à la notion de partenariat, d'échanges et de partage entre plusieurs parties associées. Cette entente met en jeu des acteurs, des ressources matérielles et se fonde sur un socle commun d'exigences et de buts recherchés. Le partenariat repose très nettement sur la notion de dynamique à entretenir qui est, notamment, le souci des

¹⁰¹ LE FLOCH Yann. Cadre de santé chargé de mission sur les systèmes d'information hospitaliers. *Soins cadres*. 07/2012, n° 83. pp. 24-25.

professionnels interrogés pour qui la prise en charge du patient constitue le « *fil rouge* »¹⁰² de leur activité quotidienne.

Le partenariat n'est pas quelque chose de modélisé entre les différentes catégories de professionnels ni même entre unités de soins différentes. Cependant, à l'examen des informations recueillies, il semble évident que la communication est le vecteur privilégié des échanges entre les différents professionnels. Ces derniers simplifiés, toute asymétrie d'information en est réduite, ce qui permet à chacun de contribuer, selon ses savoirs et ses compétences, à la mise en place la plus efficace possible du DSI. Si son utilisation devient progressivement une disposition règlementaire au sein de l'institution, le DSI résulte finalement de l'action de tous ; en effet, son efficacité ne sera optimale qu'au travers d'une complémentarité entre les différents partenaires dans leurs processus décisionnels conjoints et légitimes. Les rencontres régulières, nous l'avons vu, contribuent à consolider ce que C. MERINI, enseignante et chercheuse à l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM), qualifie d'« *association d'acteurs fondée sur les différences de chacun pour négocier et construire une action commune visant la résolution d'un problème reconnu comme commun* »¹⁰³. Ce modèle intègre une plus grande diversité d'acteurs (professionnels soignants, médecins, administrateurs de direction, techniciens informatiques, etc.). Il les associe, par des contributions différentes et partagées, imposant une harmonisation des pouvoirs. A une époque où nous parlons de parcours de soins, de parcours de santé et de parcours de vie, il s'agit bien d'un processus d'évolution au cours duquel la volonté de « *travailler ensemble* », de la part des différents intervenants, conditionne la réussite du process ayant pour finalité :

- une plus grande décentralisation du contrôle de gestion et une sensibilisation accrue des professionnels aux impératifs motivant un projet dossier DSI efficace ;
- une conscience collective de l'organisation et de son fonctionnement ;
- une construction identitaire davantage marquée sur le plan professionnel, grâce à une plus grande participation des salariés à la conception même de leur tâche.

4.3 La dimension opérationnelle

La mise en place efficace du DSI au sein de l'unité de soins est conditionnée, de manière certaine, à l'assemblage de différentes phases relatives à la préparation, à la mise en œuvre et au suivi de cette dernière. Un DSI efficace repose tout d'abord sur son utilisation active par les utilisateurs. Pour ce faire, il est pertinent d'avancer que la préoccupation liée à l'imminence de nouvelles pratiques doit être discutée et traitée en amont. Il s'agit, dès lors, d'œuvrer en transversal

¹⁰² Cade de santé n° 2. *Entretien cadre de santé*. 5 mars 2013.

¹⁰³ MERINI Corinne. *Trois obstacles au développement du partenariat*. In Cahiers pédagogiques [en ligne]. Disponible sur <<http://www.cahiers-pedagogiques.com/spip.php?article7720>> (consulté le 21/03/2013).

via des groupes de travail par exemple, de désamorcer et de « *dédramatiser l'enjeu (...)* »¹⁰⁴. Eviter de « *nier la réalité* » et mettre « *en avant les avantages futurs* » de la nouvelle disposition s'imposent également. Les différents programmes institutionnels établis ici ou là, témoignent de l'intérêt porté par l'organisation à l'égard de professionnels toujours plus réactifs, polyvalents et efficaces malgré des mutations d'exercice successives. Ainsi, les formations mises en place, l'organisation de réunions interdisciplinaires (...), ont constitué une aide pour l'utilisateur du DSI et permis de mettre en évidence les bénéfices de la « *théorie des acteurs/actants* » développée précédemment (cf. chapitre 2.2.2). Cette formation, vraisemblablement efficace pour l'apprenant lorsqu'elle repose sur la base d'un volontariat, ne se limite pas à celle dispensée dans le cadre de la formation professionnelle continue mais concerne également l'apprentissage au quotidien. Le professionnel construit ses savoirs de manière individuelle et le fait également en interaction avec un cadre social déterminé. En cela, c'est la dynamique interactive et la confrontation de ses représentations, avec celles de ses pairs, qui lui permettent de construire son expérience reposant sur un socle de connaissances théoriques et pratiques relatives au DSI. La perception et l'analyse, que le professionnel fait de son propre fonctionnement intellectuel le rendent capable de résoudre des problèmes de manière autonome, s'inscrivant ainsi dans une démarche d'auto-évaluation permanente facilitant le réajustement de son comportement. Ce schéma d'apprentissage fait intervenir le soignant, ses pairs et les professionnels référents de projet (informaticien instructeur par exemple).

Cette efficacité recherchée chez l'utilisateur du DSI se rapporte à la notion de compétence, qu'elle soit individuelle ou collective. L'objectif est de permettre au soignant apprenant « *d'agir avec pertinence et compétence dans une situation donnée* »¹⁰⁵ de travail comme le décrit G. LE BOTERF, conseil et expert en gestion et développement des compétences et de professionnalisation. La construction de supports « *guide d'utilisation* » et de fiches de poste intégrant la maîtrise de l'informatique, ainsi que la formation initiale des professions de santé mettant l'accent sur la responsabilité à tracer, à transmettre et à sécuriser l'information, constituent des référentiels d'activités et de compétences qui permettent, selon ce même auteur, l'élaboration « *d'objectifs, en fonctions desquels les salariés et leur environnement vont apprendre à construire des pratiques professionnelles pertinentes* »¹⁰⁶.

En somme, « *contribuer à la formation professionnelle* », sixième orientation nationale du DPC lancée en 2013 a, pour objectif, d'offrir au soignant la possibilité d'acquérir des capacités d'analyse, de technicité et autres résolutions de problèmes ne se limitant pas à la simple situation d'appel, mais facilitant l'adaptation de cette acquisition à d'autres situations parfois distinctes. B.

¹⁰⁴ Cadre de santé n° 3. *Entretien cadre de santé*. 6 mars 2013.

¹⁰⁵ LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence ; pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : Editions d'Organisations Eyrolles, 2008. 139 p. Page 20.

¹⁰⁶ Ibid. LE BOTERF Guy. Page 27.

REY évoque, à ce titre, des « *compétences avec mobilisation* »¹⁰⁷ qui, *in fine*, constituent des aptitudes transférables et complémentaires à d'autres transversales, facilitant l'autonomie et l'initiative professionnelle. Inscrites dans la durée, celles-ci font, enfin, appel à la capacité d'auto-évaluation de chacun, pour favoriser le développement de son propre potentiel et contribuer, *a posteriori*, à l'amélioration des paramètres du DSI au niveau local par exemple.

¹⁰⁷ REY Bernard. *Apprendre à l'épreuve des compétences*. Débat Public GFEN 28 [en ligne]. IUFM Chartres le 12 décembre 2009. Disponibles sur <http://www.gfen.asso.fr/fr/b_rey_apprendre_a_l_epreuve_des_competences> (consulté le 23/03/2013).

5 LES ELEMENTS DE REponses

Au terme des différentes étapes menées jusqu'à présent, je peux désormais avancer quelques éléments de réponses à la question de départ et exprimer mon ressenti sur l'ensemble du travail de recherche réalisé.

5.1 Le cadre de santé et l'appropriation du DSI par l'équipe de soins

Rappelons, qu'en réponse à la question initiale relative au rôle du cadre de santé dans l'appropriation du DSI par l'équipe de soins, deux hypothèses s'imposaient à la lecture de la revue littéraire. La première présumait que la maîtrise de l'outil informatique dans son ensemble et, plus particulièrement, celle du logiciel DSI, de la part du cadre de santé, était favorable à l'implication du personnel dans le processus de déploiement de ce dernier. Elle s'énonçait comme suit :

La maîtrise de l'outil informatique et la bonne connaissance du logiciel DSI, de la part du cadre de santé, favorisent l'apprentissage et l'implication du personnel soignant pour un déploiement optimal.

La seconde estimait que la mise en place de ce DSI devait être facilitée par une formation préalable, centrée sur le logiciel informatique :

Une formation préalable destinée aux professionnels et centrée sur le logiciel informatique DSI, favorise la mise en place de ce dernier au sein d'un service de soin.

Nous avons pu le constater, les actes des soignants sont primordiaux et décisifs dans le soin apporté au patient constituant leur priorité au quotidien. La qualité des soins prodigués dépend, ainsi, de l'accompagnement dont ils pourront bénéficier de la part de leur responsable direct. Les équipes soignantes représentent une préoccupation majeure pour les cadres de santé, les plus à même d'être à l'écoute de leurs attentes.

5.1.1 L'expertise du cadre de santé comme levier d'action

Au fil de l'enquête, s'observe une utilisation de l'informatique presque unanime de la part des cadres de santé interrogés, ce qui constitue un élément favorable pour le personnel soignant qui peut s'appuyer sur une hiérarchie formée et formatrice. L'expertise de l'encadrement, dans le domaine de l'informatique, représente donc une ressource certaine servant l'équipe soignante dans le processus de déploiement du DSI.

Cependant, il semble indispensable de préciser que la manière dont le cadre lui-même perçoit le changement initié par cette nouveauté informatique, s'avère être une condition capitale à son propre investissement et, par conséquent, à celui de ses collaborateurs. Ces derniers sont, d'autant plus, à même d'agir et de réagir positivement face à un management relationnel conçu sur un mode participatif et qui leur laisse une certaine autonomie et expérimentation. L'encadrement, allié au management prend ici tout son sens, car il confère au cadre de santé, ce que J.M. REVILLOT avance, à savoir une posture multi-facette ; « *tour à tour fonction de manager, de praticien soignant, d'éducateur, de formateur* »¹⁰⁸. Se rendre disponible auprès de l'Autre afin de l'aider à s'accomplir, tant sur le plan des savoirs que sur celui des compétences, renvoie à la notion du « *prendre soin* ». Ce dernier principe requière, pour le cadre de santé, non seulement une capacité à organiser le travail, mais aussi une volonté de porter un regard clinique sur l'équipe dont il a la charge. W. HESBEEN mentionne à ce sujet : « *un prendre soin qui s'adresse à l'humain au travail et qui vise son bien* » comportant « *les mêmes exigences de respect, de sensibilité (...) que celles qui concernent l'humain malade ou dépendant* »¹⁰⁹. Enfin, dans l'impossibilité de répondre à toutes les attentes d'un seul membre de l'équipe, le cadre de santé doit, néanmoins, favoriser le questionnement personnel chez les collaborateurs en faveur d'un développement professionnel optimal et d'une recherche de sens à l'action au travail.

5.1.2 La formation au service du développement professionnel

La formation, largement évoquée au cours de l'enquête par les différents professionnels rencontrés, apparaît comme un atout indispensable à toute mise en place d'un DSI au sein d'une unité de soins. Ne se limitant pas à la manipulation du logiciel, celle-ci concerne également l'outil informatique en lui-même ainsi que tout ce qui se rapporte à la pratique soignante, désormais retranscrite sur l'ordinateur. A ce titre, la formation, parfois contestée par certains professionnels, doit rester l'une des priorités et un moyen d'agir pour le cadre de santé, dont le rôle est de prioriser les compétences de chacun. A des fins d'efficacité collective, opter pour des formations cadrant avec le profil du professionnel concerné, constitue un réel atout. Enfin, s'assurer de la formation des nouveaux arrivants fait également partie des orientations à privilégier.

5.2 Mon expérience de recherche en sciences sociales

Les quelques mois nécessaires à la réalisation de ce travail, ont été rythmés par des périodes d'interrogations, de recherches, de lectures et aussi de rédactions (...). Malgré les quelques moments de doutes et d'inquiétude, bien légitimes en pareille épreuve, je retiens surtout, au final, une expérience personnelle incontestable et enrichissante. Ce sujet, alliant exploration,

¹⁰⁸ REVILLOT Jean-Marie. Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions du cadre de santé. *Soins cadres* n° 76, 11/2010. pp.24-26.

¹⁰⁹ HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin : penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, 152 p. Page 106.

recherche et analyse, m'a semblé être celui s'inscrivant au plus près du cadre d'orientation de la ligne professionnelle qui est la mienne depuis maintenant plusieurs années, à savoir une démarche réflexive. Me lancer dans cette aventure m'apparut donc comme une évidence. Malgré mon attrait à relever ce défi, je dois admettre que, cibler au plus près le constat de départ, déterminer un cadre conceptuel à sa juste valeur, parvenir à mener une enquête la plus représentative et objective possible et enfin, faire le choix des données intéressantes en matière d'analyse, en évitant le hors sujet, n'a pas toujours été sans encombres. Malgré le caractère complexe de ce travail, je n'ai jamais perdu de vue l'objectif que je m'étais fixé de parvenir à un résultat qui me corresponde au plus près.

Enfin, aujourd'hui, je peux exprimer la satisfaction personnelle ressentie d'avoir mener à terme cet écrit et d'avoir ainsi relever le défi d'un challenge qui, au départ, me paraissait quelque peu ardu. Malgré l'inconfort, la course après le temps et, parfois, la pénibilité de la tâche, je ne peux, *in fine*, nier le plaisir qui a été le mien à la dissertation de cette réflexion.

5.3 Mes perspectives professionnelles

En passe de prendre mes fonctions de cadre de santé au sein des Hôpitaux de Saint-Maurice, je suis à même de mesurer l'apport du travail réalisé qui, de manière certaine, me sera profitable à plus ou moins long terme. Le management hospitalier, un des enjeux du système de soins des années à venir, va représenter une part importante de ma fonction avec pour objectif l'exécution de missions transversales, telles que ma participation à des groupes de travail et la responsabilité de projets institutionnels, par exemple. Le déploiement du DSI, à l'échelle d'un hôpital, entre tout à fait dans ces prérogatives. De plus, ma future intégration dans le groupe de réflexion institutionnelle sur le DSI prévu sur l'établissement, constitue également un levier à la fonction de relais du cadre de santé. Il s'agit, dans cette perspective, de définir un socle commun d'apprentissage suite à une confrontation de pratiques et de valeurs professionnelles différentes, notamment au travers de rencontres favorisées. A l'interface des mondes clinique et gestionnaire, le cadre de santé se trouve en posture favorable pour identifier la place, le rôle et les intérêts de chacun dans l'exécution du projet. Réel programme managérial, la mise en place du DSI, au sein des unités de soins, nécessite la redéfinition d'une culture de travail. Qui d'autre que le cadre de santé peut favoriser une telle mutation, en collaboration avec les personnes ressources comme le chef de pôle, pour qui la conduite de changement est devenue, depuis la Loi HPST, une mission à part entière ? Me permettre de contribuer à ce développement technologique, au profit du patient, équivaut à un gage de confiance à mon égard et auquel je ne me déroberai pas en tant que soignant. Ce sera l'occasion, pour moi, de mettre mes compétences professionnelles au service de l'individu,

en complément de celles déjà acquises auparavant. Ma fonction de « jeune cadre de santé » débutera donc par un projet portant sur le déploiement du DSI. .

Riche de nouveaux savoirs acquis au cours de ce travail de recherche, je souhaite désormais prendre mes fonctions de cadre de santé en gardant à l'esprit le vécu des professionnels expérimentés et les enseignements reçus au cours des approches sociologiques. Ces préceptes me seront précieux, pour contribuer à cette culture de travail s'appuyant sur les notions de qualité, d'efficience et de relation humaine. Cette dernière constitue, selon moi, une ressource intarissable à l'élaboration de tout projet commun.

CONCLUSION

Ce travail de recherche achevé, l'importance de la transformation d'exercice, due à la mise en place du dossier de soins informatisés, me paraît indéniable. Une telle mutation résulte de choix initiaux entérinés en vue d'une recherche de qualité meilleure. Par ailleurs, étant donné l'inévitable évolution informatique de notre ère et, en particulier, dans le secteur de la santé depuis maintenant de nombreuses années, il est impensable de passer outre cette révolution. A l'heure où la parenté entre clinique et gestion se trouve au cœur des processus de gouvernance hospitalière, adapter sa pratique au gré des exigences nouvelles constitue une priorité pour chacun des acteurs de santé. Œuvrer en faveur d'une collaboration et complémentarité de ces deux systèmes, suppose un dépassement du clivage persistant entre une logique soignante centrée sur le patient, et celle de gestion à l'activité davantage axée sur l'organisation et le pilotage de l'institution. Ainsi, l'informatisation des outils de soins en est un exemple et représente un enjeu pour l'organisation hospitalière et par conséquent la politique managériale.

Le choix de ce thème m'est venu par l'intérêt que je portais à la perception et à la compréhension des phénomènes de changement engendrant des phénomènes de résistance. L'occasion m'était donnée d'étudier et de trouver l'accompagnement adéquat que pouvait apporter le cadre de santé. Pour ce faire, je me suis d'abord intéressé aux caractéristiques des systèmes d'information hospitaliers puis je me suis penché sur les concepts théoriques de la sociologie des organisations. Ensuite, une fois l'enquête de terrain achevée, j'ai pu évoquer l'adaptation effective des équipes de soins pour une prise en charge optimisée des patients.

Les nouvelles façons de procéder dictées de l'extérieur, nous l'avons constaté, impliquent un changement de l'intérieur. Celui-ci engage une multiplicité d'acteurs, dont le cadre de santé qui, en marge, doit moduler ses comportements et actions au gré des modifications des normes. Au plus près des équipes utilisatrices, il est celui qui fédère autour du nouveau projet en contribuant, indubitablement, à l'ajustement des règles internes et à la coordination de l'action partagée. Réel processus d'innovation, le dossier de soins informatisé nécessite une conception, une logique d'accompagnement et une logique d'apprentissage auxquelles le cadre de santé participe. La communication, l'écoute, la gestion des émotions et la négociation apparaissent comme autant d'outils de management facilitant la conduite du changement. On s'aperçoit aussi que le dialogue instauré, en faveur d'une répartition des responsabilités de l'ensemble des individus, semble également favoriser le processus d'appropriation du changement d'exercice et l'apprentissage d'une nouvelle culture professionnelle

Outre les compétences développées au cours de ce travail de recherche, je mesure, aujourd'hui, pleinement les bénéfices acquis à l'accomplissement de celui-ci. Les investigations effectuées, la réflexion soutenue, suscitée par les enseignements reçus tout au long de cette année de formation, ainsi que l'élaboration de ce mémoire, loin des contraintes du terrain, m'ont incontestablement procuré un sentiment de satisfaction et d'estime de soi. Des rencontres qu'il m'a été donné de faire, je retiendrai un enrichissement professionnel et personnel, une confrontation d'idées fructueuses et stimulantes avec mes pairs et, enfin, un soutien optimal de la part de ma Directrice de mémoire.

Cet enseignement m'aidera, indiscutablement, à appréhender mes futures fonctions avec davantage de sérénité. Je reste cependant bien conscient que l'apprentissage ne s'arrête pas avec la formation mais se perpétue tout au long de la carrière professionnelle. Aussi, ma tâche constituera, entre autres, à encourager et à participer activement à la promotion du changement, que ce soit à l'échelle de l'unité de soins et de manière globale à l'établissement, avec une prise en compte rigoureuse des facteurs humain, organisationnel et technique.

« L'adaptabilité s'acquiert par l'expérience du changement. »

(Daniel JOUVE)

GLOSSAIRE - FONCTIONS DES AUTEURS

BALLE Catherine	: <i>Directeur de recherche honoraire au CNRS</i>
BATEON Georges	: <i>Psychologue et Anthropologue</i>
BERIA véronique	: <i>Cadre Supérieur de Santé</i>
BERNOUX Philippe	: <i>Sociologue, Docteur d'Etat et Directeur de recherche honoraire au CNRS</i>
BOURRET Paule	: <i>Cadre de Santé formatrice et Docteur en sociologie</i>
BRAY Laurence	: <i>Cadre de Santé</i>
BRUNEL Philippe	: <i>Délégué Ministériel aux Systèmes d'Information de Santé</i>
CALLON Michel	: <i>Sociologue et ingénieur</i>
CROZIER Michel	: <i>Sociologue et Directeur de la recherche au CNRS</i>
DAMON Julien	: <i>Sociologue</i>
DE KERVASDOUE Jean	: <i>Ancien Directeur des hôpitaux et Professeur d'économie et de gestion</i>
DE KONINCK Frédéric	: <i>Sociologue et Professeur à l'Ecole nationale des ponts et chaussées</i>
DE SINGLY Chantal	: <i>Directrice Agence Régionale de Santé</i>
DEGOULET Patrice	: <i>Professeur d'informatique médicale</i>
DIVAY Sophie	: <i>Sociologue</i>
EMERY Michel	: <i>Conseil et formateur en management</i>
FIESCHI Marius	: <i>Professeur d'informatique médicale</i>
FOUDRIAT Michel	: <i>Sociologue et Professeur de sociologie des organisations</i>
FRIEDBERG Erhard	: <i>Directeur de recherches au CNRS et au Centre de sociologie des organisations</i>
GADEA Charles	: <i>Professeur de sociologie</i>
GRIMAUD Dominique	: <i>Médecin urgentiste – chef de service</i>
HEMERY Jean-Luc	: <i>Psychiatre</i>
HERZBERG Frederick	: <i>Psychologue</i>
HESBEEN Walter	: <i>Infirmier, docteur en Santé Publique</i>
JOUVE Daniel	: <i>Expert en recrutement</i>
KÜBLER ROSS Elisabeth	: <i>Psychologue et Psychiatre</i>
LATOUR Bruno	: <i>Anthropologue et Sociologue</i>
LE BOTERF Guy	: <i>Conseil et expert en gestion et développement des compétences professionnelles</i>
LE FLOCH Yann	: <i>Faisant fonction cadre supérieur de santé missionné sur les SIH</i>
LEWIN Kurt	: <i>Psychologue et Sociologue</i>
MASLOW Abraham	: <i>Psychologue</i>
MERINI Corinne	: <i>Enseignante et chercheuse à IUFM</i>
MINTZBERG Henry	: <i>Ingénieur et Professeur de management</i>
PERRENOUD Philippe	: <i>Professeur en sciences de l'éducation</i>

PEYRE pierre : *Directeur universitaire du Département des sciences sanitaires et sociales*
QUIVY Raymond : *Docteur en sciences politiques et sociales*
REY Bernard : *Directeur en sciences de l'éducation*
REYNAUD Jean-Daniel : *Agrégé de philosophie et Professeur honoraire de sociologie*
REVILLOT Jean-Marie : *Cadre de Santé formateur, Docteur en science de l'éducation*
PHILLIPOT Pierre : *Professeur de psychologie*
VAN CAMPENHOUDT : *Docteur et Professeur en sociologie*
VANDERLIEB Christine : *Consultante en développement des hommes et des organisations*
VEREECKE Patrick : *Infirmier – Ressource en informatique*
WALDER Francis : *Ecrivain*
WAZTLAWICK Paul : *Psychologue, Psychanalyste et Sociologue*
WEBER Max : *Sociologue et économiste*

BIBLIOGRAPHIE

Références législatives

Lois

✓ *Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière*. Journal Officiel n° 179 du 2 août 1991 page 10255. Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DE1F3B9002F88D7A652252D7DD8A0C60.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id> (consulté le 15/12/2012).

✓ *Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique*. Journal Officiel n° 62 du 14 mars 2000, texte 1. Disponible sur
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000399095&dateTexte=&categorieLien=id>> (consulté le 03/12/2012).

✓ *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal Officiel du 5 mars 2002, page 4118, texte n° 1. Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E5FE9D480FD9A84D3DF20154EE5EA54D.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> (consulté le 03/12/2012).

✓ *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie*. Journal Officiel n° 190 du 17 août 2004, page 14598, texte n° 2. Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F4E579B51D74786E217EC3AA80C64FDB.tpdjo09v_1?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id> (consulté le 28/11/2012).

✓ *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Journal Officiel n° 167 du 22 juillet 2009, pp. 121184, texte n° 1. Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=89E9B1CB8376C8976FCEB56A3BF5F7A.tpdjo10v_2?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=id> (consulté le 01/12/2012).

✓ *Code la Santé Publique*. Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F7029F37F3AC0F695FCE6CA478606054.tpdjo09v_1?cidTexte=LEGITEXT0000006072665&dateTexte=20121203> (consulté le 03/12/2012).

– *Articles 1111-14 à 1111-24 du Code De La Santé Publique*. Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F4E579B51D74786E217EC3AA80C64FDB.tpdjo09v_1?idSectionTA=LEGISCTA000020890569&cidTexte=LEGITEXT0000006072665&dateTexte=20121203> (consulté le 03/12/2012).

– *Article R4127-46 de la Santé Publique*. Disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E5FE9D480FD9A84D3DF20154EE5EA54D.tpdjo09v_3?cidTexte=LEGITEXT0000006072665&idArticle=LEGIARTI000025843577&dateTexte=20121203&categorieLien=id#LEGIARTI000025843577> (consulté le 03/12/2012).

- *Article R4311-3 du Code de sa Santé Publique*. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 03/12/2012).

Ordonnances

✓ *Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*. Journal Officiel n° 98 du 25 avril 1996 page 6324. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817&dateTexte=20110523> (consulté le 13/212/2012).

✓ *Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé*. Journal Officiel n° 102 du 3 mai 2005 pp. 7626, texte n° 15. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=89E9B1CB8376C8976FCEB56A3BF5FF7A.tpdjo10v_2?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=id (consulté le 15/11/2012).

Décrets, Circulaire

✓ *Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier*. Journal Officiel du 12 octobre 1975 page 10566. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0A1F2C847F37852EE8AB83F976359426.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000307543&categorieLien=id (consulté le 15/12/2012).

✓ *Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé*. Journal Officiel n° 193 du 20 août 1995 page 12468. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DE1F3B9002F88D7A652252D7DD8A0C60.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&categorieLien=id (consulté le 15/12/2012).

✓ *Décret n° 2002-294 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*. Journal Officiel n° 40 du 16 février 2002 page 3040, texte n° 018. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E5FE9D480FD9A84D3DF20154EE5EA54D.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000410355&categorieLien=id (consulté le 03/12/2012).

✓ *Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux*. Journal Officiel n° 1 du 1^{er} janvier 2012, page 29, texte n° 16. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=66BB349B755B6934FA36FB6D4EEEB5C7.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000025062401&categorieLien=id (consulté le 27/01/2013).

✓ *Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière*. Journal Officiel n° 0302 du 28 décembre 2012, texte n° 17. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750&categorieLien=id> (consulté le 06/04/2013).

✓ *Circulaire ministérielle n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.atih.sante.fr/?id=0002400072FF>> (consulté le 09/05/2013).

Ouvrages

✓ BALLE Catherine. *Sociologie des organisations*. Presses Universitaires de France. 8^{ème} édition. Paris : 3^{ème} tirage, 2011, 22 p. (Que sais-je ?, n° 2499).

✓ BELLIER Sandra, LAROCHE Hervé. *Moi, Manager*. Paris : Dunod, 2005, 155p.

✓ BERNOUX Philippe. *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. 2^{ème} édition. Paris : Seuil, 2010, 345 p. (Points, n° 634).

✓ BOURRET, Paule. Approche socio historique de la catégorie des cadres en général et des cadres de santé en particulier. In *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. 3^{ème} tirage. Paris : Seli Arslan, 2006. pp. 15-31.

✓ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. 2^{ème} édition. Paris : Seuil, 1981, 478 p. (Points, n° 248).

✓ DE KERVASDOUE Jean. *L'hôpital*. . Presses Universitaires de France. Paris : 2011, 124 p. (Que sais-je ? n° 795).

✓ DEGOULET Patrice, FIESCHI Marius. Informatisation du dossier patient. In *Informatique médicale*. 3^{ème} édition. Paris : Masson, 1998, pp. 119-132.

✓ DOGOR DI NUZZO Béatrice. Les facteurs motivationnels : les besoins humains. In *Le management de la motivation, améliorer les services*. Cormelles-Le-Royal : Editions Management et Société, 2011, pp.86-104 (Pratiques d'entreprises).

✓ HESBEEN Walter. La fonction de cadre de proximité. In : *Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin : penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, 152p.

✓ LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence ; pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : Editions d'Organisations Eyrolles, 2008. 139p.

✓ MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*. 2^{ème} édition, 7^{ème} tirage. Paris : Eyrolles Editions d'Organisation, 2011. 283 p.

✓ PLANE Jean-Michel. *Théorie des organisations*. 3^{ème} édition. Paris : Dunod, 2008, 120 p. (Les topos).

✓ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3^{ème} édition. Paris : Dunod, 2006, 253 p.

✓ REIX Robert. La gestion des projets SI. In *Systèmes d'information et management des organisations*. 5^{ème} édition. Paris, Vuibert, 2004. pp. 343-362.

✓ SOPARNOT Richard. *Organisation et gestion de l'entreprise*. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 124 p.

Articles

- ✓ BERIA Véronique. Le changement : quel enjeu pour le cadre de santé ? Dossier : Le cahier du management. *Objectif soins*. 01/2004, n° 122. pp. 2-6.
- ✓ BRAY Laurence, VANDERLIEB Christine. Evolution des pratiques managériales et approche du changement. *Gestions hospitalières*, 02/2002. pp. 101-104.
- ✓ GRIMAUD Dominique. La qualité en santé. *Revue épidémiologique de Santé Publique*, 09/2005, n° 53. Page 1S4.
- ✓ LE FLOCH Yann. Cadre de santé chargé de mission sur les systèmes d'information hospitaliers. *Soins cadres*, 07/2012, n° 83. pp. 24-25.
- ✓ REVILLOT Jean-Marie. Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions du cadre de santé. *Soins cadres*, 11/2010, n° 76. pp. 24-26.
- ✓ VEREECKE Patrick J. Attitude apriorique du personnel infirmier face à l'introduction de l'outil informatique et vision contemporaine du Système d'Information Hospitalier. *Recherche en Soins Infirmiers*, 09/1996, n° 46. pp. 83-93.

Webographie

Articles

- ✓ BOURRET Paule. Modes de communication des cadres de santé, Exigences de la relation et proximité des équipes. In *Communication et organisation* [en ligne]. 2004. Disponible sur <<http://communicationorganisation.revues.org/2904>> (consulté le 16/12/2012).
- ✓ DAMON Julien. Les mots qui comptent : NTIC [en ligne]. *Sciences Humaines*, 08/2009, n° 204. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/les-mots-qui-comptent-ntic_fr_23523.html> (consulté le 25/11/2012).
- ✓ DE KONINCK Frédéric. Résister au changement : une attitude rationnelle [en ligne]. *Sciences Humaines*, 03/2000, H.S. n° 28. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/r-sister-au-changement-une-attitude-rationnelle_fr_12046.html> (consulté le 08/12/2012).
- ✓ DE LA VEGA Xavier. Penser le changement [en ligne]. *Sciences Humaines*, 07/2004, n° 151. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/penser-le-changement_fr_4254.html> (consulté le 07/12/2012).
- ✓ DETCHESSAHAR Mathieu, GREVIN Anouk ; *Le « tournant gestionnaire » des établissements de santé et son impact sur la santé au travail : le cas d'un centre de soins de suite malade « gestionniste »* [en ligne]. Disponible sur <www.reims-ms.fr/agrh/.../2009detchessahar-grevin038.pdf> (consulté le 28/12/2012).
- ✓ DIVAY Sophie, GADEA Charles. Les cadres de santé face à la logique managériale. In *XIVème journée d'études du GDR CADRES, « Encadrer sous contrainte : les encadrants des organisations publiques »*. Annecy : Institut de Management de l'Université de Savoie, 2007. Disponible sur <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/26/90/36/PDF/GDR_CADRES_2007.pdf> (consulté le 28/04/2013).

✓ FOU BRIAT Michel, IMMEL Bernard. Temporalité des fonctionnements socio-organisationnels, temporalités des processus de changements et méthodologies d'intervention. In : *SELF-ACE 2001 : Les conséquences des changements technologiques et sociaux sur le travail, la santé et la sécurité* [en ligne]. Montréal : 2001, vol. 2. Disponible sur <<http://www.ergonomie-self.org/documents/36eme-Montreal-2001/PDF-FR/V2-019-R006-FOURDRIAT.pdf>> (consulté le 27/11/2012).

✓ HEMERY Jean-Luc. Le rôle des émotions [en ligne]. *Sciences Humaines*, 03/2000, H.S. n° 28. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/le-r-le-des-motions_fr_12036.html> (consulté le 08/12/2012).

✓ LOUART Pierre. *MASLOW, HERZBERG et les théories du contenu motivationnel* [en ligne]. Centre Lillois d'Analyse et de Recherche sur l'Evolution des Entreprises UPRESE CNRS 8020. Lille, 2002. Disponible sur <http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/003/Maslow_et_Herzberg/meheltn.pdf> (consulté le 09/12/2012).

✓ MERINI Corinne. *Trois obstacles au développement du partenariat*. In Cahiers pédagogiques [en ligne]. Disponible sur <<http://www.cahiers-pedagogiques.com/spip.php?article7720>> (consulté le 13/02/2013).

✓ MICHEL Jean. Le knowledge management, entre effet de mode et (ré)invention de la roue.... *Cairn.Info*. 03/2001. Disponible sur <<http://cairn.info/revue-documentaliste-science-de-l-information-2001-3-page-176.htm>> (consulté le 16/12/2012).

✓ PEYRE Pierre. *La fonction « cadre de santé » : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.afscet.asso.fr/resSystemica/Pau%202006/PeyreTXT.pdf>> (consulté le 28/12/2012).

✓ PHILIPPOT Pierre. Dossier : Les voies du changement personnel [en ligne]. Dossier : Former, se former, se transformer. *Sciences Humaines*, 03/2003, n°40. Disponible sur <http://www.scienceshumaines.com/les-voies-du-changement-personnel_fr_12889.html> (consulté le 08/12/2012).

✓ REY Bernard. *Apprendre à l'épreuve des compétences*. Débat Public GFEN 28 [en ligne]. IUFM Chartres le 12 décembre 2009. Disponibles sur <http://www.gfen.asso.fr/fr/b._rey_apprendre_a_l_epreuve_des_compences> (consulté le 02/02/2013).

Sites internet

✓ <http://www.atih.sante.fr/> (consulté le 09/05/2013).

✓ <http://www.evene.fr/> (consulté le 06/04/2013).

✓ <http://www.larousse.com/> (consulté les 15/11/2012, 01/12/2012, 08/12/2012, 09/12/2012).

✓ <http://lesdefinitions.fr/> (consulté le 01/12/2012).

Documents divers

- ✓ AGENCE NATIONALE d'APPUI A LA PERFORMANCE. *Piloter et manager le changement, les projets au sein du pôle*. 04/2012. Page 42. Disponible sur <http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Piloter_et_manager_les_projets_au_sein_d_u_n_pole.pdf> (consulté le 26/01/2013).
- ✓ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES ET AL. *Etude et résultats*. 05/2011, n° 759. Disponible sur <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>> (consulté le 17/03/2013).
- ✓ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. *Programme hôpital numérique : la politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012-2016* [en ligne]. DGOS, 05/2012, Page 2. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/_CP_DGOS_Programme_Hopital_numerique_-_Politique_nationale_relative_aux_SIH_-_mai_2012.pdf> (consulté le 24/11/2012).
- ✓ EMERY Michel. *Management de projet*. 2003 [en ligne]. Disponible sur <<http://m.emery.management.pagesperso-orange.fr/MP1projetpdf.pdf>> (consulté le 26/01/2013).
- ✓ HAUTE AUTORITE DE SANTE. HAS dossier patient [en ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient> (consulté le 01/12/2012).
- ✓ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. *1^{ère} phase du Plan Hôpital 2012 : Au cœur de la modernisation du paysage hospitalier français*. Dossier de presse du 16 octobre 2008 [en ligne]. Page 11. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_1ere_phase_du_Plan_Hopital_2012.pdf> (consulté le 24/11/2012).
- ✓ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Fiche métier « cadre responsable d'unité de soins »* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>> (consulté le 16/12/2012).
- ✓ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *L'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS)* [en ligne]. In Sante.gouv.fr. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/l-observatoire-des-systemes-d-information-de-sante-osis.html>> (consulté le 25/11/2012).

Autres supports (Rapports, Enseignements, Mémoires)

- ✓ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX. *Création de valeur par les technologies de l'information et de la communication pour les structures de santé*. 04/2010. 21 p.
- ✓ AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE. *Guide pratique du projet DMP en établissement de santé*. 2^{ème} édition, 05/2012. 83p.
- ✓ BETETA Hélène. *Promouvoir le changement (par le projet), une gageure pour le cadre ?*. Mémoire présenté dans le cadre du Diplôme Cadre de Santé. Paris : 06/2009. 93p.

- ✓ BLANCHEMANCHE Pauline. *Le partenariat*. Enseignement Formation Cadre de santé. Institut de Formation des Cadres de Santé Ecole Supérieure Montsouris Paris 14. Année 2012 – 2013.

- ✓ DE SINGLY Chantal. *Rapport de la mission Cadre Hospitalier du 11 septembre 2009*. 122 p.

- ✓ DESSERPRIT Gilles. *Compétence(s), des définitions à l'utilisation*. Enseignement Master « Management et santé ». Université Paris-Est Créteil – Institut de formation des Cadres de Santé Ecole Supérieure Montsouris Paris 14. Année 2012 –2013.

- ✓ FARNAULT Patrick. *Postures managériales et évolution des compétences d'encadrement*. Enseignement Master « Management et santé ». Université Paris-Est Créteil – Institut de formation des Cadres de Santé Ecole Supérieure Montsouris Paris 14. Année 2012 – 2013.

- ✓ SOUSSAN Carole. *La polyvalence : une organisation efficace au service de l'hôpital, du patient et du soignant*. Mémoire présenté dans le cadre du Diplôme Cadre de Santé. Paris : 06/2011. 69 p.

- ✓ SUPPER Muriel. *La posture réflexive, un outil : le groupe d'analyse de la pratique professionnelle*. Enseignement Formation Cadre de santé. Institut de Formation des Cadres de Santé Ecole Supérieure Montsouris Paris 14. Année 2012 – 2013.

Conférences

- ✓ ANASTASY Christian, BRUNEL Philippe. *La performance des systèmes d'Information*. Paris : Université Dauphine A2. 12/2012.

- ✓ HASSENTEUFEL Patrick, TOME Elisabeth. *Dépasser les obstacles au changement. Les outils d'analyse des politiques publiques*. Paris : Université Dauphine A2. 03/2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien exploratoire « *Directeur des Systèmes d'Information Hospitaliers* »

Guide d'entretien exploratoire « *Cadre de santé* »

Annexe 2 : Lettre d'accord « *Directeur des Soins* »

Annexe 3 : Guide d'entretien « *Cadre de santé* »

Annexe 4 : Questionnaire « *Infirmier* »

Annexe 5 : Restitution des entretiens « *Cadre de santé* »

Annexe 6 : Tableaux récapitulatifs des résultats des questionnaires « *Infirmiers* »

Annexe 1

Guide d'entretien exploratoire

« Directeur des Systèmes d'Information Hospitaliers »

GUIDE D'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS

En quoi le cadre de santé peut-il favoriser l'appropriation du changement par l'équipe soignante, face aux nouveaux outils informatiques tel que le DSI ?

Ce guide est un support pour l'entretien mené auprès du Directeur des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH), dans le but de préciser la question de départ.

Parcours professionnel

- Question n° 1 : Quel est votre rôle en tant que Directeur des SIH ?

Situation de l'établissement

- Question n° 2 : Quels sont les logiciels appliqués de manière effective au sein de l'établissement ?
- Question n° 3 : Quelles sont les perspectives en ce qui concerne le Dossier de Soins Informatisé (DSI) ?
- Question n° 4 : Quelles sont les perspectives en ce qui concerne le Dossier Patient Informatisé (DPI) ?

Le Dossier de Soins Informatisé

- Question n° 5 : Quels bénéfices pouvez-vous envisager de son déploiement au sein de l'hôpital ?
- Question n° 6 : Pour une mise en application (prochaine), quels sont, selon vous, les professionnels concernés ?
- Question n° 7 : Quelles limites sont à envisager quant au déploiement du DSI au sein de l'établissement ?
- Question n° 8 : Selon vous, quels moyens d'action sont imaginables en vue d'un déploiement dans des conditions optimum au sein des services de soins concernant l'outil informatique ?

Guide d'entretien exploratoire « *Cadre de santé* »

GUIDE D'ENTRETIEN EXPLORATOIRE

CADRE DE SANTE

En quoi le cadre de santé peut-il favoriser l'appropriation du changement par l'équipe soignante, face aux nouveaux outils informatiques tel que le DSI ?

Ce guide est un support pour l'entretien mené auprès du cadre de santé, dans le but de préciser la question de départ.

Présentation du cadre de santé

- Question n° 1 : Quelle est votre année de diplôme ?
- Question n° 2 : Quel a été votre parcours professionnel ?

Présentation de l'unité de soins

- Question n° 3 : Comment est constitué le pôle auquel vous appartenez ?
- Question n° 4 : Quelles sont les applications informatiques en place au sein de votre (vos) service(s) ?

L'outil informatique

- Question n° 5 : Quels sont les utilisateurs ?
- Question n° 6 : Comment l'outil informatique est-il appréhendé, de manière générale, de la part du personnel soignant ?
- Question n° 7 : Comment la mise en place d'un nouvel outil informatique est-elle a bordée au sein de votre (vos) unité(s) ?
- Question n° 8 : Avez-vous été témoin de difficulté de la part des agents utilisateurs de ces logiciels informatiques ?
- Question n° 9 : Quel est votre vécu concernant l'outil informatique ?

Annexe 2

Lettre d'accord « *Directeur des Soins* »

Stéphane LE TERRIEN

....., le 7 février 2013

.....

..... -

Tel. :

@ :

GROUPE HOSPITALIER X

A l'attention de M.

Directeur des Soins

.....

..... -

Objet : réalisation d'une étude dans le cadre d'un mémoire en IFCS

Monsieur le Directeur des Soins,

Depuis le 3 septembre dernier, j'ai débuté une formation à l'Institut de Formation de Cadre de Santé Montsouris (Paris 14^{ème}) afin d'obtenir le diplôme de cadre de santé.

Le module 3, intitulé « *initiation à la recherche* », nécessite la réalisation d'un travail de recherche. Le thème de cette étude porte sur le déploiement du Dossier de Soins Informatisé au sein des services de soins, ainsi que le management qui l'accompagne.

Ayant appris qu'un Dossier de Soins Informatisé (du moins certains des modules) était déployé, depuis peu, au sein de certains de vos services, je me permets, ce jour, de solliciter de votre bienveillance la possibilité de réaliser une enquête auprès des équipes de soins. Celle-ci prévoit un entretien avec un cadre de santé ayant vécu la phase de déploiement du logiciel au sein du service, ainsi qu'une série de questionnaires destinés aux infirmiers de ces mêmes unités. La démarche de changement représenté par l'implémentation d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service, est tout à fait conséquente et nécessite, de fait, le regard, à la fois du cadre de proximité et celui des équipes soignantes. Percevoir les attentes des équipes d'une part, et les leviers d'action dont dispose le cadre de santé d'autre part, me semble être une démarche pertinente. Pouvoir bénéficier de votre expérience durant cette phase de travail serait pour moi l'assurance d'un travail de qualité.

En espérant que vous donnerez une suite favorable à ma demande, je reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma requête et vous prie de croire, Monsieur le Directeur des Soins, l'expression de mes respectueuses salutations.

Stéphane LE TERRIEN

Annexe 3

Guide d'entretien « *Cadre de santé* »

GUIDE D'ENTRETIEN

CADRE DE SANTE

En quoi la fonction managériale du cadre de santé peut-elle favoriser la mise en place du DSI au sein d'un service de soins et pallier à une éventuelle résistance au changement de la part des équipes de soins ?

Ce guide est un support pour l'entretien mené auprès de cadres de santé, responsables d'unité de soins dotées du Dossier de Soins Informatisé.

Présentation du cadre de santé

- Question n° 1 : Quel a été votre parcours professionnel ?
(*Quel est votre âge ? Depuis quand êtes-vous diplômé ? Depuis quand exercez-vous dans cette unité, institution ?*)

Présentation de l'unité

- Question n° 2 : Pouvez-vous me présenter votre unité, pôle, équipe ?

Présentation de l'informatisation de l'unité

- Question n° 3 : Pouvez-vous me décrire le logiciel DSI ?
(*Date d'implantation au sein de l'unité ? Modalités d'implantation ? Délais d'opérationnalité ? Etat des lieux actuel ? Qui sont les utilisateurs ? Y a-t-il d'autres logiciels actifs dans l'unité ?*)
- Question n° 4 : Quel changement organisationnel a entraîné l'utilisation du DSI au sein de votre unité ?
(*Modes de transmission d'information ? Rapport entre professionnels ? Rapport soignant/soigné ? Perte de temps ?*)
- Question n° 5 : Le DSI favorise-t-il la qualité de la prise en charge du patient ?
(*Comment le mesurez-vous ?*)

L'utilisation du logiciel par le cadre de santé

- Question n° 6 : Utilisez-vous le logiciel DSI dans votre fonction de cadre de santé ?
(*A quelle fréquence ? Dans quelle circonstance ?*)

- Question n° 7 : Etiez-vous familiarisé(e) avec l'informatique au préalable de la mise en place du DSI ?
 - Si oui, pensez-vous que cela a constitué une aide à titre personnel ainsi que pour l'équipe (dans l'appropriation de l'outil) lors de la mise en place ?
(Sous quelle forme ? A quel degré ?)

L'utilisation du logiciel par les soignants

- Question n° 8 : Avez-vous repéré des difficultés dans l'appropriation du logiciel DSI de la part des soignants ?
(Degré d'acceptation ? Y-a-t-il eu des craintes exprimées, de l'opposition, de la colère ?)
 - Si oui, pouvez-vous les développer ?
- Question n° 9 : Y-a-t-il eu des préalables institutionnels à la mise en place de logiciel ?
(Formation informatique pour les soignants ? Groupe de travail ? Groupe de pilotage ?)
 - Si oui, quels en ont été les bénéfices ?

D'un point de vue général

- Question n° 10 : Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la mise en place d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service ?
(Quel rôle ? Sous quelle forme ? à quel moment du processus ?)
- Question n° 11 : Comment envisageriez-vous la disposition idéale pour la mise en place d'un DSI au sein d'une unité ?
(Quelle organisation au préalable, quel degré d'implication des équipes dans le processus (en amont et au cours) ? quel appui institutionnel est envisageable ?)
- Question n° 12 : Dans le contexte actuel, comment procéderiez-vous si l'opportunité d'un tel changement organisationnel se reproduisait ?
(Quels conseils pourriez-vous formuler ?)

Annexe 4

Questionnaire « *Infirmier* »

QUESTIONNAIRE INFIRMIER

Ce questionnaire vous est adressé dans le cadre d'un travail de recherche, inhérent à la formation cadre de santé suivie à l'Ecole Supérieure Montsouris.

Le thème de l'étude en cours se rapporte au management favorisant le déploiement du Dossier de Soins Informatisé (DSI) au sein des services de soins. Votre opinion est nécessaire à la réalisation de ce travail, et me permettra d'appréhender les attentes des infirmier(e)s quant à l'implantation du Dossier de Soins Informatisé.

Je vous remercie de l'attention et du temps que vous consacrerez à cet exercice qui est anonyme.

Le document est à remettre au cadre de santé de votre unité pour le 04/03/2013.

Présentation personnelle

1) Vous êtes ?

Homme

Femme

2) Quel est votre âge ?

20-30 ans

30-40 ans

40-50 ans

plus de 50 ans

Présentation professionnelle

3) Quelle est votre année d'obtention de diplôme ?

Année

4) Quelle est votre ancienneté dans le service actuel ?

- d'1 an

1 à 5 ans

+ de 5 ans

5) Avez-vous travaillé dans un service autre, doté du DSI ?

oui

non

Le Dossier de Soins Informatisé

6) Depuis quand est mis en place le DSI au sein de votre service ?

- 1 an

1 à 3 ans

+ 3 ans

7) Quels éléments constituent actuellement le DSI ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Transmissions paramédicales | <input type="checkbox"/> Prescriptions médicales/Validation |
| <input type="checkbox"/> Planification de soins | <input type="checkbox"/> Dossier médical accessible à tous |
| <input type="checkbox"/> Examens complémentaires | <input type="checkbox"/> Autres |

8) A combien de temps estimez-vous le temps passé sur le DSI par jour ?

.....h.....min

9) Y a-t-il une/des personne(s) responsable(s) du projet DSI au niveau institutionnel ?

- oui non

Si oui, quelle(s) est/sont-elle(s) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> responsable administratif | <input type="checkbox"/> cadre de santé |
| <input type="checkbox"/> infirmier(e) | <input type="checkbox"/> autre |
| | |

10) Avez-vous pu vous appuyer sur une ou plusieurs ressource(s) pour le maniement quotidien du DSI ?

- oui non

Si oui, quelle(s) est/sont-elle(s) ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> collègues infirmiers | <input type="checkbox"/> cadre de proximité | <input type="checkbox"/> support logiciel |
| <input type="checkbox"/> référent(s) de projet | <input type="checkbox"/> autre | |
| | | |

Le changement initié par le Dossier de Soins Informatisé (DSI)

11) Vous estimez le changement de pratique inhérent à la mise en place du DSI comme :

(Une seule réponse attendue)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> un enrichissement (qualité d'exercice/ prise en charge) | <input type="checkbox"/> une déception |
| <input type="checkbox"/> une contrainte | <input type="checkbox"/> un projet dynamisant |
| <input type="checkbox"/> sans effet particulier | |

12) Etiez-vous familiarisé(e) à l'outil informatique avant l'utilisation du DSI ?

- oui non

13) Avez-vous bénéficié d'une formation centrée sur le logiciel informatique DSI ?

- oui non

14) Comment estimez-vous l'apport de cette/ces formation(s) ?

- insuffisant suffisant inutile

15) Avez-vous ressenti des difficultés d'adaptation à la nouvelle pratique inhérente à la mise en place du DSI ?

- oui non

Si oui, de quel ordre ? (*Choix multiples*)

- pratique (méconnaissance des fonctionnalités du logiciel)
 organisationnel (surcharge de travail, perte de temps, difficulté d'organisation)
 psychologique (démotivation, angoisse, colère)
 autre
.....

16) Dans un tel contexte de changement, quelles sont vos attentes vis à vis du cadre de santé ?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation
Stéphane Le Terrien

Annexe 5

Restitution des entretiens « *Cadre de santé* »

RESTITUTION D'ENTRETIEN

CADRE DE SANTE N° 1

Entretien réalisé le 5 mars 2013 à 10h00, dans un lieu neutre, extérieur à l'établissement. Entretien d'une durée de 43 minutes. Aucune interruption.

Présentation du cadre de santé

- **Question n° 1 : Quel a été votre parcours professionnel ?**

« J'ai 36 ans. J'ai officié en tant qu'infirmière pendant 12 ans, en tant que faisant fonction durant un an, puis cadre de santé depuis juin 2011. J'ai longtemps travaillé en services de psychiatrie, au sein d'établissements publics. Ensuite j'ai eu toute une activité de MCO et urgence. Enfin, j'ai développé un exercice libéral, très en lien avec les collectivités territoriales, notamment pour des actions de prévention. Je suis revenue à la discipline psychiatrique il y a 4 ans, dans l'hôpital actuel, jusqu'à en occuper le poste de cadre de santé actuel depuis juillet 2011 ».

Présentation de l'unité

- **Question n° 2 : Pouvez-vous me présenter votre unité, pôle, équipe ?**

« Il s'agit d'un service de psychiatrie de secteur adulte d'une capacité de 30 lits, avec deux chambres de soins intensifs. Le service se situe sur le site de l'hôpital x. L'équipe y est conséquente, elle comprend en moyenne 28 soignants toutes professions confondues. Concernant les infirmiers, la moitié est de diplôme unique et l'autre est issue du diplôme psychiatrique ».

Présentation de l'informatisation de l'unité

- **Question n° 3 : Pouvez-vous me décrire le logiciel DSI ?**

« Sa mise en place s'est faite très rapidement. Le DSI a été déployé il y a un an et demi. L'annonce de son déploiement a été faite du jour au lendemain par le cadre sup : le mois prochain, on arrête tout support papier ! Le cadre supérieur de santé du service s'était engagé auprès de la direction administrative, pour que le logiciel du DSI soit implanté dans notre service, comme service pilote de l'hôpital sur le site extérieur. L'idée reposait sur un délai imparti à respecter pour le service, peu importe les freins éventuels. C'était : on y va ! Le projet s'appuyait essentiellement sur moi et mon expérience en la matière, car dans le passé, j'avais déjà initié un projet équivalent dans une structure privée. On s'est aussi appuyé sur une infirmière qui était plutôt bonne médiatrice et pédagogue. Pour le jour du déploiement, ensemble, on avait préparé une procédure, actée avec le Service Informatique et la Direction des soins. On avait préparé un petit fascicule à la disposition de tous les utilisateurs. Une semaine avant, on a commencé à ranger les dossiers papiers, pour limiter au maximum qu'il y ait les doublons durant trop longtemps. Il fallait supprimer au plus vite les documents papiers pour limiter les erreurs, oublis... Le logiciel du DSI est le logiciel Cortex. Il a d'abord concerné les transmissions ciblées. Cela a duré un trimestre environ. Après, de manière échelonnée, il y a eu tout ce qui se rapporte à la pharmacie (c'est la prescription, la validation de traitement et la commande) ».

- **Question n° 4 : Quel changement organisationnel a entraîné l'utilisation du DSI au sein de votre unité ?**

« Il existait déjà le réseau informatique avant le DSI ; certaines bases de données administratives et intranet. L'activité quotidienne ne reposait pas sur l'utilisation de l'informatique. Concernant le DSI, l'encadrement hiérarchique était clair sur le contrôle à opérer. On ne surveillait pas ceux qui utilisaient le DSI et ceux qui ne le faisaient pas tout de suite. Il n'y avait pas un contrôle sur la transmission ou tout ce qui pouvait être tracé. Je sais que les transmissions sont une disposition légale, mais en psychiatrie, c'est un peu particulier, beaucoup d'éléments se disent oralement... C'est un peu une tradition... Cette partie du changement a été la plus lourde car il fallait, en plus, passer de l'oral à l'écrit. Le DSI a contraint certains infirmiers, d'ailleurs, peu enclins à transmettre par écrit, de le faire. Ensuite, s'est ajoutée la question de la

transmission ciblée qui a freiné également certains membres de l'équipe. Pour le coup, on peut parler de résistance et d'opposition. C'est un tout un état d'esprit qu'il a fallu modifier. Cette étape était, pour caractériser le contexte, la première du déploiement. Tout s'est un peu cumulé au départ. Le reste s'est fait plus en douceur, car tous étions déjà plus à l'aise sur l'outil et le logiciel. Sur l'organisation au quotidien, je pense qu'avec le DSI, aujourd'hui, l'équipe gagne du temps, de la clarté d'information et entraîne une responsabilité individuelle plus engagée de la part de chacun. Dans le cadre du DSI, personne ne peut écrire à la place du collègue, car il y a l'existence de codes d'accès personnalisés. C'est une vraie plus value ! ».

- **Question n° 5 : Le DSI favorise-t-il la qualité de la prise en charge du patient ?**

« Au final, c'est toujours le patient qui bénéficie des changements d'organisation de travail. Le DSI, pour tout ce qu'il apporte aujourd'hui, est très clairement au profit du patient. Sa prise en charge ne souffre plus de biais liés à une information illisible ou d'une utilisation chronophage du DSI par les soignants ».

L'utilisation du logiciel par le cadre de santé

- **Question n° 6 : Utilisez-vous le logiciel DSI dans votre fonction de cadre de santé ?**

« Au départ, je l'ai utilisé tous les jours pour montrer à l'équipe que je l'utilisais et que j'adhérais au projet. Ça me semblait être dans ce cadre un outil de communication avec l'équipe. J'étais aussi support pour l'équipe quant au maniement du logiciel, comme il n'avait pas eu de formation préalable à ce sujet. J'en étais le référent et j'ai consacré beaucoup de temps à cela, au départ, sur les 6 premiers mois ».

- **Question n° 7 : Êtiez-vous familiarisé(e) avec l'informatique au préalable de la mise en place du DSI ?**

« Pour ma part, l'informatique n'a jamais posé problème. De plus, j'ai été formée à cela dès le début de ma carrière. J'ai toujours vu un intérêt à travailler avec l'informatique. Je pense que tel en sera le cas dans le futur et de manière, même plus prononcée, car les nouvelles générations seront tout de suite imprégnées de cet univers informatique qui domine la vie sociale actuelle. Je pense donc que si un cadre voire un infirmier ne maîtrise pas cet outil aujourd'hui, c'est une nouvelle compétence à développer. C'est très clairement une aide pour l'équipe. De plus, moi, j'étais partie prenante. L'envie se transmet comme cela aussi. Le seul bémol, c'est Le management général qui n'a pas été parfait, dans le sens où la décision avait été prise par le cadre supérieur qui, a posteriori, n'a ni accompagné personnellement l'équipe, ni considéré la position des agents quant à ce DSI. Je rappelle qu'il a décidé cela seul auprès de la direction sans en avoir averti l'équipe au préalable ».

L'utilisation du logiciel par les soignants

- **Question n° 8 : Avez-vous repéré des difficultés dans l'appropriation du logiciel DSI de la part des soignants ?**

« L'idée, de la part du cadre supérieur, était de ne mettre la pression à personne. C'est clair, il y avait un objectif mais j'ai presque envie de dire : chacun son rythme. Si quelqu'un avait une initiative, on la soutenait. Il y a malgré tout eu des difficultés. D'abord, l'outil informatique, en lui-même était un frein pour certains. Ensuite le principe de cibler les transmissions a constitué aussi une réticence. La transmission ciblée n'est pas vraiment la manière de faire en psychiatrie. Il y eu ainsi de vraies oppositions exprimées qui, ont valu de longs moments d'échange, d'accompagnement et de soutien. Cependant, l'opposition franche s'est rapidement dissoute dans le groupe, pour que chacun, au final, s'y contraigne. Par ailleurs, la question de l'âge moyen de l'équipe peut, selon moi, impacter l'appropriation du logiciel. En effet, l'informatique n'est pas perçue de manière équivalente chez une personne de 25 ans et une autre de 50 ans, bien que la personnalité de l'individu conditionne également cette perception. Dans ce cas, il s'agit plus de peur de ne pas y arriver, de ne pas comprendre ou bien de perdre trop de temps au contact de ce nouvel outil, plutôt que de l'opposition franche. Une chose est certaine, un soutien et un délai d'acquisition des automatismes ont permis, au sein de notre équipe, de dépasser ce stade ».

- **Question n° 9 : Y-a-t-il eu des préalables institutionnels à la mise en place de logiciel ?**

« Il n'y a pas eu de préalable au déploiement. Le logiciel était construit et en place sur certains autres sites de l'hôpital ; ainsi, il a été implanté tel quel dans notre service. Nous n'y avons pas réfléchi en amont. Il y a eu une formation, en interne, sur l'outil en lui-même, auxquelles chaque membre de l'équipe a participé. L'ennui, c'est que cette formation au sein de la DIM a eu lieu une fois le déploiement effectué. Ensuite, toujours a posteriori, une formation sur les transmissions ciblées a été proposée mais est restée non obligatoire. Dans notre situation, la temporalité n'a pas été optimale, même si on peut dire aujourd'hui, que ces formations ont porté leurs fruits. Je pense, au final, que nous avons beaucoup privilégié la formation et information informelle ».

D'un point de vue général

- **Question n° 10 : Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la mise en place d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service ?**

« Oui bien sûr, il est à plusieurs niveaux... »

Le cadre a un rôle d'information, d'éducation également, notamment en regard de la législation et des responsabilités de chacun vis-à-vis du patient. La certification aussi est une obligation législative et elle passe, entre autre, par la transcription d'information, donc l'utilisation du DSI. En parallèle, l'exemple que je peux donner en tant que cadre, est un rôle à part entière. C'est notamment en me montrant enthousiaste sur le DSI, volontaire pour une formation non obligatoire, active sur le logiciel en lui-même, que je transmets l'envie, du moins la curiosité... Le cadre représente aussi son équipe. Je pense que cela est important car une équipe qui n'est ni représentée ni portée, est presque livrée à elle-même... Par ailleurs, pour rejoindre ce que je disais tout à l'heure, le management doit être, à mon sens, plus individualisé auprès de personnes dont on sait les difficultés liées à l'informatique. Les soignants plus avancés en âge, peuvent, éventuellement, relever de ce cas de figure. Il revient aussi au cadre le devoir de laisser exprimer la colère des soignants lors qu'un tel changement organisationnel intervient. Cette colère n'est pas forcément vaine et néfaste. En tout cas, l'essentiel est qu'il y ait une réponse en retour et qu'elle soit constructive ».

- **Question n° 11 : Comment envisageriez-vous la disposition idéale pour la mise en place d'un DSI au sein d'une unité ?**

« Dans l'idéal, je pense qu'il faudrait informer de manière intense. Il faut rendre concrète l'information en la distillant de manière régulière et aller la chercher si celle-ci n'est pas disponible. A cette information, il faut associer un espace temps. C'est-à-dire laisser le temps du changement. Ne pas vouloir ni exiger que tout soit coordonné et efficace d'emblée, surtout dans le cas de figure qui s'est rapporté à notre service. De plus, le changement doit être amorcé au moins six mois à l'avance, pour que le tout soit conscientisé progressivement par chacun. Il y a également la nécessité d'un travail d'évaluation des personnes ressources en amont, de formations, également en amont, sur la base d'un volontariat. Cela permettrait à mon sens d'assurer l'opérationnalité du projet lors de son déploiement. Enfin, l'appui des instances de Direction est également primordial à mes yeux. Cette démarche porte le projet, le crédibilise, et c'est aussi un moyen pour celle-ci de constater les modalités à mettre en œuvre, avant, pendant et à l'issue du changement. C'est qui plus est une démarche de communication ».

RESTITUTION D'ENTRETIEN

CADRE DE SANTE N° 2

**Entretien réalisé le 5 mars 2013 à 16h00, dans les locaux de l'établissement cible
(bureau du Cadre de santé – 5^{ème} étage).**

Entretien d'une durée de 52 minutes. 3 interruptions de moins d'1 minute.

Présentation du cadre de santé

- **Question n° 1 : Quel a été votre parcours professionnel ?**

« Je suis âgée de 54 ans. Je suis salariée de l'établissement depuis plus de 20 ans. Je suis le cadre de santé responsable de l'unité d'orthopédie depuis 3 ans. Auparavant, j'avais la responsabilité du service d'oncologie. Je suis cadre de santé depuis 16 ans ».

Présentation de l'unité

- **Question n° 2 : Pouvez-vous me présenter votre unité, pôle, équipe ?**

« L'établissement fait partie du groupe sanitaire x. Le service d'orthopédie rassemble plusieurs professions : médicales, infirmiers, aides soignants, kinés, agents de services, secrétaires, médecins (...). C'est un service de 18 lits d'hospitalisation ».

Présentation de l'informatisation de l'unité

- **Question n° 3 : Pouvez-vous me décrire le logiciel DSI ?**

« Le logiciel, au départ, était vierge. Il s'agit du logiciel Hôpital Manager, qui nous avait été livré par le groupe. Nous l'avons façonné et construit, en copie conforme de ce qu'on avait en papier. Il regroupe tout ce que peut contenir le dossier de soins. C'est-à-dire les transmissions, les constantes, les prescriptions et validations de traitement. En plus, il concerne le dossier médical, les examens complémentaires, le dossier administratif et fait le lien avec la pharmacie pour la commande, la délivrance et surtout la validation de l'ensemble des prescriptions faites dans l'établissement, sauf pour celles de la part des anesthésistes. Cela répond au Contrat de Bon Usage du Médicament qui est désormais une disposition légale. Le seul bémol est le dossier anesthésiste qui n'a pas encore été intégré. Le DSI est vraiment facile d'utilisation, par des codes couleur, des alertes pour allergie ou interaction médicamenteuse, des tâches périodiques (...). Il concentre tout, toujours en excluant le dossier anesthésique, ce qui concerne le patient. Mais attention, tout le monde ne peut pas faire la même chose dessus. Chaque professionnel a sa marge de manœuvre en fonction de sa profession. Tout acte inscrit est également nominatif. Nous l'avons déployé il maintenant 5 ans ¹². Il faut compter le temps de la préparation et le temps de mise en route et d'ajustement a posteriori. Cette période s'est déroulée, selon moi, sur au moins deux ans ».

- **Question n° 4 : Quel changement organisationnel a entraîné l'utilisation du DSI au sein de votre unité ?**

« Le DSI a beaucoup modifié l'organisation en facilitant énormément le travail d'équipe, que ce soit avec les infirmiers, les médecins ou les administratifs. On rend accessible toutes les données du patient et ça permet à chacun d'être autonome et de pouvoir bénéficier, dans un temps très rapide, de l'information qu'il désire. Aujourd'hui, chacun a un code personnel, y compris les stagiaires et vacataires. Tout médecin, par exemple, même en vacances dans le sud de la France, peut, via internet bien sûr, entrer dans le logiciel et prescrire ou bien consulter les données du patient. C'est un vrai atout et c'est très confortable. La gestion du temps s'est avérée simplifiée, par un gain de temps en ce qui concerne la retranscription de l'information qui se fait de manière ciblée, sur un même support, possiblement à différents endroits du service. Tout cela s'est fait petit à petit. On a d'abord impliqué les infirmières avec la mise en place de la feuille de température, puis celles des transmissions (...) jusqu'à intégrer les supports des autres professions dont médicales. Cela a correspondu à la période la plus difficile car il y avait des doublons de support. D'un côté le papier, de l'autre le DSI. Cela a duré presque un an. C'était long, mais il fallait impliquer chaque corps professionnel

par pallier. Les médecins eux, ont été impliqués les derniers, lors de l'intégration des prescriptions dans le DSI. Cette progression dans le déploiement a suscité un travail de collaboration importante entre professionnels. Cela est toujours important pour la dynamique d'équipe ».

- **Question n° 5 : Le DSI favorise-t-il la qualité de la prise en charge du patient ?**

« Assurément. Moins d'erreur, meilleure condition pour le personnel donc forcément, cela va se ressentir sur la prise en charge. Et puis, en plus, il y a toute la sécurité liée au code d'accès, à la traçabilité, à la vision facilitée et globale de l'état du patient, y compris ses antécédents. De la même manière, tout audit sur dossier patient se voit facilité. Tout va plus vite, ce qui améliore, a priori la qualité de la prise en charge. Et oui ! Le patient est notre fil rouge ! ».

L'utilisation du logiciel par le cadre de santé

- **Question n° 6 : Utilisez-vous le logiciel DSI dans votre fonction de cadre de santé ?**

« Je l'utilise quotidiennement. J'ai la vision ainsi de mon planning et du plan d'occupation du service qui dépendent d'un logiciel connexe au DSI. Je me renseigne aussi sur les données du patient. J'opère un certain contrôle, non pas permanent mais régulier ».

- **Question n° 7 : Etiez-vous familiarisé(e) avec l'informatique au préalable de la mise en place du DSI ?**

« Je ne suis pas née avec une souris à la main. J'ai dû apprendre et, j'ai eu l'envie au départ et la chance d'avoir pu faire partie du groupe de travail en amont du déploiement du DSI. J'ai pu ainsi me familiariser avec l'outil par ce biais même si déjà, avant, en tant que cadre, j'avais une activité centrée, pour une part, sur l'ordinateur ».

L'utilisation du logiciel par les soignants

- **Question n° 8 : Avez-vous repéré des difficultés dans l'appropriation du logiciel DSI de la part des soignants ?**

« Il y a eu très peu de difficultés à mon sens. J'ai eu à faire à une équipe finalement assez volontaire et efficace. Je pense que cela vient aussi du fait que le dossier patient est resté le même en somme. On utilisait plus le stylo, mais la souris ou le clavier. C'était le papier en version informatique. La difficulté qu'il y a pu avoir, mais celle-ci s'est vite dissipée, est en lien avec le rapport à l'informatique de la part de certains agents. J'avais du personnel qui n'avait jamais touché une souris ! Mais il était relativement peu nombreux car, dans l'ensemble, le personnel de l'époque était jeune. Sur l'utilisation quotidienne et actuelle, la difficulté émane du double support, DSI et Dossier anesthésique papier qui, je pense est source d'erreur et nécessite une grande attention de la part des personnels ».

- **Question n° 9 : Y-a-t-il eu des préalables institutionnels à la mise en place de logiciel ?**

« Nous avons mis en place, un groupe de travail, composé de la Directrice des Soins et de moi-même comme représentants des soignants, d'un informaticien détaché du logiciel et autres professionnels de direction et médicaux. C'est un travail qui a duré au moins une année avant la mise en route du DSI. Ce groupe a conçu le corps du logiciel en tenant compte des spécificités des différents services. C'est-à-dire que la façade du logiciel est la même mais les utilisations diffèrent en fonction des nécessités disciplinaires. Nous avons proposé la mise en place de formation d'initiation à l'informatique pour les personnels désireux et, notamment, ceux en difficultés avec l'ordinateur. Il s'agissait là du « béaba » de l'informatique. Tout cela s'est passé avant le déploiement, en lien avec le groupe sanitaire. Ensuite, il y a eu une formation sur le DSI de manière obligatoire, pour tout le monde. Ce sont nous, les membres du groupe de travail qui avons assuré cette formation. En parallèle, nous avons édité des petits livrets papier équivalents à un mode d'emploi. Il a été personnel et nominatif. Une fois le déploiement, on a eu la chance d'avoir des gens à qui on pouvait poser des questions, reposer des questions (...). L'informaticien était disponible sur place et à distance par téléphone, y compris en soirée pour l'équipe de nuit. Cela a duré plusieurs mois, jusqu'à ce que nous ayons commencé à maîtriser le logiciel ».

D'un point de vue général

- **Question n° 10 : Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la mise en place d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service ?**

« Pour ma part je me suis investie dès le départ dans ce projet, d'autant plus qu'au départ, le souhait était d'informatiser les services avant la consultation. J'ai donc fait partie du groupe de travail avec la directrice des soins. J'ai mis, aussitôt après le déploiement, un cahier de transmission en place dans le service, pour recenser les remarques, suggestions, problèmes rencontrés avec le logiciel. Il s'agissait d'un cahier d'échange dynamique, qui s'est avéré très riche ».

- **Question n° 11 : Comment envisageriez-vous la disposition idéale pour la mise en place d'un DSI au sein d'une unité ?**

« Je pense que le fait d'avoir une équipe fixe sur un service facilite le déploiement du DSI. C'est plus facile de convaincre et de rendre partie prenantes les personnes face au projet. La personnalité des personnes qui composent l'équipe est aussi primordiale. Je pense qu'il faut s'appuyer sur des gens qui ne restent pas sur ce qu'on leur a enseigné en formation DSI, mais qui vont chercher un peu plus loin. C'est-à-dire une recherche d'information, de nouveauté dans le logiciel qui bénéficie, au final, à tout le monde ensuite. Je pense, qui plus est, qu'un travail en amont est indispensable et surtout, qu'il faut associer tous les médecins des services concernés ainsi que les personnels, même si cela réclame beaucoup de moyens et d'organisation. C'est peut-être plus faisable en structure moyenne et petite, mais il me semble que c'est un préalable indispensable à l'implication de tous, au même moment. Le choix du logiciel est également assez important, pour le caractère intuitif facilitant l'appropriation de la part de l'utilisateur ».

RESTITUTION D'ENTRETIEN

CADRE DE SANTE N° 3

**Entretien réalisé le 6 mars 2013 à 11h30, dans les locaux de l'établissement cible
(bureau du Cadre de santé – 5^{ème} étage).
Entretien d'une durée de 29 minutes. 2 interruptions d'environ 2 minutes chacune.**

Présentation du cadre de santé

- **Question n° 1 : Quel a été votre parcours professionnel ?**

« Je suis infirmière depuis 2001. J'ai obtenu un Diplôme Universitaire d'hygiène en 2004. J'ai donc exercé la fonction d'hygiéniste pendant 4 ans ensuite, en complément d'un poste d'encadrement à compter de 2005. Cela s'est déroulé dans un autre établissement privé. Je suis salariée de l'hôpital depuis 2008. Pensant avoir besoin de distance avec la fonction se rapportant à l'hygiène, j'ai alors pris la coordination du pôle soins de suites de cancérologie qui s'ouvrait en 2009. J'occupe donc cette fonction de cadre responsable depuis. J'ai par ailleurs 36 ans ».

Présentation de l'unité

- **Question n° 2 : Pouvez-vous me présenter votre unité, pôle, équipe ?**

« Le service couvre deux unités : les soins de suites de cancérologie et la médecine oncologique. Cela fait au total 33 lits. L'équipe compte environ 15 personnes : soignants et administratifs. C'est un service important, qui a été le deuxième service pilote sur l'hôpital concernant la mise en place du DSI ».

Présentation de l'informatisation de l'unité

- **Question n° 3 : Pouvez-vous me décrire le logiciel DSI ?**

« Le réel DSI a été implanté en soins de suite cancérologie en octobre dernier. Auparavant, nous avions déjà l'utilisation du support informatique, notamment avec excel, via lequel les médecins effectuaient leurs prescriptions journalières. Il s'agissait d'un petit logiciel interne. Telle était la disposition lors de la création du service, conformément au souhait du médecin chef de service. Ce support rassemblait la prescription des traitements et les validations concernant l'administration. Concernant le DSI, le service a été le second de l'hôpital à être doté du logiciel Hôpital Manager. Cela a été le choix du siège. Il a d'abord été implanté en service de rééducation fonctionnelle en début d'année 2012. Le projet était sa mise en place dans notre service à la mi-octobre 2012. Concernant l'unité de médecine oncologique, le projet est prévu très prochainement... L'informatisation du DSI concerne aujourd'hui les prescriptions, certains actes et surveillances infirmiers et aides soignants. Il ne comprend pas encore les transmissions soignantes, ni la liaison directe avec la pharmacie qui doit devenir effective en 2013 normalement. Le DSI a été personnalisé a minima, a posteriori, toute proportion gardée. La base est celle développée par l'hôpital lors de son déploiement en service de Soins de Suites et de Réadaptation. Pour notre part, il n'y a pas eu de réflexion préalable sur le logiciel en application ».

- **Question n° 4 : Quel changement organisationnel a entraîné l'utilisation du DSI au sein de votre unité ?**

« Notre service, avec peu de médecins (2) n'a pas perçu de grand changement organisationnel, notamment en ce qui concerne les prescriptions qui se faisaient déjà sur un mode informatique avant. Je pense que cela doit être moins évident en service de chirurgie par exemple, où la multitude de médecins doit rendre les choses un peu plus confuses. Pour notre part, la mise en place était en projet depuis longtemps. Les équipes étaient au courant bien en amont. Nous en avons parlé avec plus d'insistance environ un mois avant le déploiement. Actuellement, l'organisation est basée sur une partie DSI et une partie sur dossier patient papier. Ce n'est pas évident. L'idée est que cela va évoluer, mais reste à déterminer quand. C'est bénéfique et cela le sera de plus en plus. Même si le départ n'est pas évident car changement de pratique, changement de manière de faire qui nous demande du temps, c'est au fur et à mesure de plus en plus ».

confortable. L'habitude grandissante amène ce confort. En plus, il y a en tout 6 ordinateurs répartis dans l'unité (par médecin, dans la salle de soins, dans le bureau infirmier, sur le chariot de visite et le chariot de médicaments), la recherche d'information ou la retranscription est facile, rapide et sans risque. Je pense que l'apport essentiel du DSI est une responsabilisation et, en même temps, une sécurité pour les soignants plus importante. Les codes personnels, y compris pour les vacataires, limitent les erreurs d'administration de traitement, par exemple, et responsabilisent un peu plus chacun ».

- **Question n° 5 : Le DSI favorise-t-il la qualité de la prise en charge du patient ?**

« On gagne du temps, de la précision. La réponse à une demande de patient, concernant un traitement par exemple, est beaucoup plus rapide du fait d'une information très accessible et immédiate. Cependant, il faut malgré tout la vigilance du soignant pour vérifier tout erreur pouvant être en lien avec une erreur de frappe ou autre doublon informatique (bug) ».

L'utilisation du logiciel par le cadre de santé

- **Question n° 6 : Utilisez-vous le logiciel DSI dans votre fonction de cadre de santé ?**

« Oui. Plusieurs fois par jour. Surtout en lien avec l'activité infirmière que je suis amenée à assurer en soutien de l'équipe par moment. En dehors du DSI, j'utilise d'autres logiciels, tels que celui du planning ».

- **Question n° 7 : Etiez-vous familiarisé(e) avec l'informatique au préalable de la mise en place du DSI ?**

« L'informatique n'est pas un souci pour moi. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle la formation suivie n'a pas été très longue. Cela me semble évident que cette acquisition, a priori, m'a aidée dans l'utilisation du DSI et surtout auprès des soignants qui réclamaient plus de soutien. Cependant, peu de personnes au sein de l'équipe a été en difficulté. Et ce, malgré un fort turn over. Par exemple, des soignants qui sont arrivés sur leur poste en janvier dernier, n'ont ainsi pas pu bénéficier de la formation. Ils ne souffrent pas pour autant face à l'utilisation du logiciel. L'effet de groupe est, en ce sens, générateur de potentiel. Les soignants se forment entre eux. La situation se répète avec les vacataires ».

L'utilisation du logiciel par les soignants

- **Question n° 8 : Avez-vous repéré des difficultés dans l'appropriation du logiciel DSI de la part des soignants ?**

« Tout d'abord dans l'écoute, le cadre a une place forte. Que ce soit pour les critiques ou bien les éléments à développer. Il y a encore peu, ce sont deux aides soignantes qui ont suggéré un onglet sur le DSI concernant la suivi des constances biologiques des patients. Cette écoute et prise en compte des remarques est importante car elle amène une impulsion de la part des utilisateurs quotidiens. Cela rend légitime leur action. Du coup, nous avons modifié un peu l'interface du logiciel avec l'informaticien et créé cet onglet. Je n'ai pas vraiment relevé de difficulté chez les soignants. J'en ai été très étonnée, et très agréablement surprise. Le doute m'a pris pour une soignante plus âgée et pour qui la durée de formation avait été longue mais au final, je ne constate aucune difficulté. Il n'y a donc pas de règle ».

- **Question n° 9 : Y-a-t-il eu des préalables institutionnels à la mise en place de logiciel ?**

« Nous avons discuté l'arrivée du DSI environ 4 semaines avant le déploiement effectif. Des sessions de formation ont été organisées en interne, mais avec un informaticien détaché du logiciel. Le but était d'accompagner les équipes et surtout les personnels à titre individuel. Il y a eu une première formation, centrée sur la manipulation de l'outil, avec l'ensemble des cadres de la structure car, tous font des gardes le week-end. Il faut qu'ils puissent intervenir en cas de besoin sur les services qui sont alors mutualisés. Des formations avec les médecins ont été aussi organisées. Il s'agissait de formations très personnalisées, c'est-à-dire que, pour l'un des médecins de notre service, la formation a duré 5 heures, alors que, pour le second, elle n'a duré que 40 minutes car il maîtrise relativement bien l'informatique. Cette différence s'est également avérée vrai chez les autres catégories de personnes, excepté les secrétaires. Il existe une personne ressource

au sein de l'institution. Il s'agit de la pharmacienne, qui est aussi le chef de projet. Il y a aussi un fichier de sauvegarde quotidienne par service doté du DSI ainsi que sur l'ordinateur de la Directrice des Soins. Il s'agit d'un récapitulatif des traitements médicamenteux qui permet la bonne continuité des soins. C'est elle qui est sollicitée lors de souci informatique. La semaine dernière par exemple, il y a eu un bug au niveau du serveur, durant plus de 15h. Heureusement qu'on avait ces récapitulatifs ! ».

D'un point de vue général

- **Question n° 10 : Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la mise en place d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service ?**

« Ce que j'ai vraiment essayé de faire, c'est de dédramatiser l'enjeu. Les gens se font, tout de suite à l'annonce du projet, une montagne en se disant : ça va être compliqué, on va perdre du temps (...), mais il faut discuter l'événement en amenant les personnes à relativiser, sans toutefois, mentir. Il est vrai, qu'au début, on perd un peu de temps mais dès lors que c'est parlé en amont, cela libère l'esprit pour la suite. Il ne faut pas nier la réalité, mais mettre en avant les avantages futurs ».

- **Question n° 11 : Comment envisageriez-vous la disposition idéale pour la mise en place d'un DSI au sein d'une unité ?**

« Nous avons fait beaucoup de point-équipe. Pas réellement de grandes réunions d'information sur la mise en place du DSI, mais de la communication permanente, ici ou là. Les point-équipe ont permis, je pense, la circulation de parole et facilité le vécu du changement de pratique. La formation initiale est également importante, tout comme la possibilité de bénéficier d'une personne ressource même si, moi par exemple, je maîtrise l'outil. En plus, je ne suis pas là tout le temps, il faut donc un relais. Enfin, l'idéal repose sur un travail sur le logiciel avant le déploiement de la part des personnels et médecins. Je pense que, même pour ces derniers, c'est un réel changement. Le lien accru entre unités dans l'établissement, que ce soit pharmacie, imagerie médicale, services de soins, ne peut que favoriser une bonne gestion du travail au travers du DSI ».

RESTITUTION D'ENTRETIEN

CADRE DE SANTE N° 4

**Entretien réalisé le 6 mars 2013 à 16h15, dans les locaux de l'établissement cible
(bureau du Cadre de santé – 5^{ème} étage).**

Entretien d'une durée de 37 minutes. 1 interruption de moins d'1 minute.

Présentation du cadre de santé

- **Question n° 1 : Quel a été votre parcours professionnel ?**

« Je suis une vieille de la vieille, puisque je suis diplômée infirmière depuis 1986. J'ai 49 ans. J'ai exercé cette profession durant 20 ans, jusqu'à 2006, où j'ai obtenu le diplôme de cadre de santé. Mon premier poste en tant que cadre, je l'ai exercé dans un service où j'avais travaillé en tant qu'infirmière il y a des années. Ma carrière s'est attachée entièrement à la discipline psychiatrique. Je suis en poste sur le service actuel depuis 2009 ».

Présentation de l'unité

- **Question n° 2 : Pouvez-vous me présenter votre unité, pôle, équipe ?**

« L'unité fait partie d'un secteur psychiatrique, lui-même d'un pôle avec trois autres secteurs. L'ensemble a déménagé sur le site actuel depuis le mois de mai 2012. Le service était situé auparavant sur le site principal de l'hôpital. L'unité est une unité de patients entrants de 18 lits avec deux chambres de soins intensifs. Elle rassemble 22 professionnels soignants. Le personnel administratif est mutualisé entre services. La file active des hospitalisations est importante ».

Présentation de l'informatisation de l'unité

- **Question n° 3 : Pouvez-vous me décrire le logiciel DSI ?**

« Le déménagement a été l'élément déclencheur de la mise en place du DSI sur l'hôpital. Bien avant le déménagement, il y a eu des groupes de travail sur ce dernier, mais aussi sur la conception et la mise en place du DSI auxquels je me suis très investie. La mise en place a été la finalité d'un long travail en transversal sur l'ensemble des services de soins et supports de l'établissement. L'informatisation de l'unité concerne essentiellement trois logiciels. Le DSI via le logiciel Cimaise, ainsi que les autres logiciels relatifs aux mouvements de patients, la gestion RH et à l'activité de la pharmacie et du laboratoire, mais ces derniers sont en application sur l'ensemble de l'hôpital depuis des années. Le DSI est, lui nouveau, et le pôle dont le service fait partie est pilote en quelque sorte. L'objectif est de dupliquer ce DSI sur le site principal de l'hôpital par la suite. Le DSI, tel qu'il est actuellement, permet les transmissions semi ciblées des observations soignantes, c'est-à-dire, qu'à chaque titre cible, il y a la possibilité de décrire l'événement. Il permet aussi la traçabilité médicale, la relève des constances et autres examens complémentaires. Pour ce faire, nous avons obtenu la possibilité de placer des ordinateurs dans chaque bureau (médical et soignant, facilitant ainsi l'accès au support). A terme, il est envisagé l'acquisition de tablettes graphiques dont les infirmiers pourront bénéficier, afin d'assurer la traçabilité des informations et la validation des actes dans l'instantané. Le logiciel Cimaise est relié en réseau sur le site et est en lien, aussi, avec le Département d'Information Médicale de l'hôpital. Il est donc voué à changer encore. Chaque agent possède ses propres codes et chacun, en fonction de sa profession, peut faire un certain nombre d'actes dessus ».

- **Question n° 4 : Quel changement organisationnel a entraîné l'utilisation du DSI au sein de votre unité ?**

« Selon moi, l'activité de l'hôpital a désormais besoin de l'informatique. Nous travaillons beaucoup avec et nous en avons besoin énormément, que cela soit pour les repas, les mouvements de patients, les transmissions (...). C'est vrai qu'actuellement, le DSI s'ajoute aux outils informatiques déjà existants. Ça peut parfois paraître un peu lourd. C'est autant de mots de passe à coder, à mémoriser et à inscrire pluri quotidiennement. L'objectif, pour les années à venir, c'est de bénéficier d'un seul système ou logiciel qui

permette un accès unique à l'ensemble des modules déjà en application. D'ailleurs, ceux-ci sont déjà en lien puisqu'il existe une interface entre eux. Par exemple, la création d'une nouvelle signalétique patient au niveau du logiciel des admissions, créer systématiquement une fiche nominative sur le DSI et le logiciel pharmaceutique. Le DSI est vraiment un plus, en terme de traçabilité, des transmissions infirmières. Il est ce qu'était le dossier papier avant. Il y a un réel impact sur l'activité des professionnels. Il y a un progrès dans la démarche de transmission écrite, qui avant, ne semblait pas ou, du moins, n'était pas prise autant à cœur. Cela se vérifie auprès des infirmiers, ainsi qu'auprès des aides soignants qui, eux, n'écrivaient que très peu ou de manière contrainte. Maintenant, cela a totalement changé. Tous sont plus impliqués. Cela est peut-être dû à la modernité, l'accessibilité, je ne sais pas ».

- **Question n° 5 : Le DSI favorise-t-il la qualité de la prise en charge du patient ?**

« C'est un outil très pratique où chaque discipline professionnelle s'y retrouve car il existe une partie pour chacun. La centralisation des informations est le maillon central et de fait, cela limite les sources d'erreur ou de confusion. Le patient en est, avec certitude, grandement bénéficiaire. Le temps passé à chercher, ouvrir les dossiers patient auparavant, était autant de temps perdu et du temps loin du patient finalement. C'est vraiment mieux maintenant ».

L'utilisation du logiciel par le cadre de santé

- **Question n° 6 : Utilisez-vous le logiciel DSI dans votre fonction de cadre de santé ?**

« Cimaise n'est pas mon logiciel systématique au quotidien si ce n'est lorsque j'ai une information à obtenir ou vérifier. En revanche, les autres logiciels relatifs à la gestion des lits et du planning oui. Au début par contre, je contrôlais un peu plus l'utilisation du DSI par les soignants, non pas pour simplement contrôler, mais pour comprendre si cette utilisation ne se faisait pas ».

- **Question n° 7 : Etiez-vous familiarisé(e) avec l'informatique au préalable de la mise en place du DSI ?**

« Oui, j'utilisais déjà l'informatique et je pense que cela a beaucoup aidé chacun car j'ai pu impulser la dynamique et expliquer les méthodes d'utilisation. Aujourd'hui encore, je suis sollicitée par les soignants lors de problèmes rencontrés ».

L'utilisation du logiciel par les soignants

- **Question n° 8 : Avez-vous repéré des difficultés dans l'appropriation du logiciel DSI de la part des soignants ?**

« Comme je le soulignais tout à l'heure, l'ensemble des agents s'est approprié l'outil dès le début, à 100%. Je n'ai enregistré aucun mouvement de recul ou de résistance. C'est un mouvement qui s'est lancé de pair avec le déménagement. Ce qui a beaucoup facilité les choses aussi, c'est que l'équipe est jeune et que je pense que l'ordinateur est quelque chose de plus simple pour eux. Toutes les craintes qu'on avait pu avoir, se sont avérées fausses. Désormais, personne ne peut se passer de Cimaise ».

- **Question n° 9 : Y-a-t-il eu des préalables institutionnels à la mise en place de logiciel ?**

« Il y a eu des préalables. D'abord un groupe de travail pendant presque une année complète, qui a travaillé sur chaque partie du logiciel. Ce groupe de travail a été subdivisé : un groupe de travail médecin, un autre secrétaire, un autre soignant auquel j'ai participé. Tous les utilisateurs, y compris les ergothérapeutes et kinés ont été associés au projet. Il y a eu autant de groupes de constitués qu'il y a d'intervenants. Les attentes de chacun ont été prises en compte, et chaque partie a été construite en fonction de celles-ci. Une fois l'implantation effectuée, chacun des intervenants a bénéficié d'une formation centrée sur le logiciel. C'est une personne spécialement recrutée par le Département d'Information Médicale qui en assure le déroulement et c'est, d'ailleurs, quelque chose qui perdure encore aujourd'hui sur le site principal de l'hôpital, en vue du développement du DSI sur ces services. Cette personne nous a aussi accompagnés sur notre site lors du déploiement. Aujourd'hui, elle ne vient qu'à notre demande mais au début, elle venait très

fréquemment. Et puis, vraiment pour clore la démarche, on a mis à disposition sur intranet et même le DSI d'une procédure qu'il est possible d'éditer en plaquette ».

D'un point de vue général

- **Question n° 10 : Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la mise en place d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service ?**

« L'exemple, l'impulsion et la définition d'objectifs à atteindre de la part de l'équipe sont le résumé de mon action dans le cadre du déploiement du DSI. Par exemple, en septembre dernier, j'ai posé comme objectif l'utilisation effective, pour fin décembre 2012, d'un volet du DSI sous utilisé jusqu'alors. Il s'agissait de la planification de soins. L'objectif a été atteint et chacun en perçoit aujourd'hui l'intérêt. Dans ce cadre, je me suis aussi reposée sur les étudiants en soins infirmiers à qui les soignants réclament ce genre d'exercice. Cette même pratique par les soignants me semblait, de fait, légitime. Par ailleurs, j'ai une fonction de feedback. Je dois faire remonter l'information concernant le logiciel et ce qu'il conviendrait de faire. En effet, même si celui-ci a été pensé en amont, entre ce qu'on a pu en attendre et la réalité, il y a une différence. Et puis mon rôle est d'attribuer les codes d'accès à chacun, notamment des vacataires, étudiants (...) ».

- **Question n° 11 : Comment envisageriez-vous la disposition idéale pour la mise en place d'un DSI au sein d'une unité ?**

« Je trouve que l'on a très bien œuvré. Le déménagement a vraiment été moteur, tout comme les groupes de travail et les formations ».

RESTITUTION D'ENTRETIEN

CADRE DE SANTE N° 5

**Entretien réalisé le 7 mars 2013 à 17h30, dans les locaux de l'établissement cible
(bureau du cadre responsable – 2^{ème} étage).**

Entretien d'une durée de 34 minutes. Aucune interruption.

Présentation du cadre de santé

- **Question n° 1 : Quel a été votre parcours professionnel ?**

« J'ai 31 ans, j'ai le diplôme d'Etat infirmier depuis juin 2003. J'ai travaillé dans la fonction publique, en service d'ortho-rhumatologie. J'ai vite rejoint le privé, pour des soins intensifs cardiologie où je suis restée deux ans environ. En parallèle, j'ai fait, pendant longtemps, des missions en intérim. Ensuite, j'ai intégré la clinique actuelle en février 2009. Elle fait partie du groupe X. L'activité se concentre sur de la chirurgie générale. Actuellement, je suis cadre responsable du bloc endoscopie digestive depuis septembre 2010 ».

Présentation de l'unité

- **Question n° 2 : Pouvez-vous me présenter votre unité, pôle, équipe ?**

« C'est un service d'endoscopie digestive qui a été créé en juin 2005. Il est donc assez récent. Il comprend plusieurs unités. Il se compose d'un service de soins ambulatoires, d'une salle de réveil, d'un bloc d'endoscopie de 5 salles et enfin d'un secrétariat médical. Il y a actuellement 35 gastro-entérologues, 7 anesthésistes. En ce qui concerne l'équipe de soins, elle est composée de 5 IDE de bloc, 7 IDE de Salle de Surveillance Post Interventionnel, 2 Agents de décontamination, 6 Aides-soignantes, 3 secrétaires médicales, 3 IDE ambulatoires, 3 brancardiers. Il y a en tout 20 lits d'hospitalisation. C'est un service en activité du lundi au vendredi, de 7h30 à 19h30. Et c'est une équipe de 22 soignants ».

Présentation de l'informatisation de l'unité

- **Question n° 3 : Pouvez-vous me décrire le logiciel DSI ?**

« Le logiciel implanté est EMED. Il est relativement connu. Nous l'avons mis en place en octobre 2011. Il a fallu environ 9 mois, une spécialité par une spécialité. Notre service a été le service pilote. Cela a duré 3 mois. Ces 3 mois ont été le temps de l'implantation, des premières utilisations et réglages et réajustements avant de développer le tout sur les autres unités. Actuellement, nous pouvons dire que le logiciel est bien utilisé par tous, sauf peut-être par 2 chirurgiens réfractaires qui s'en servent pour régler leur compte avec la direction... Le logiciel comprend les transmissions soignantes, les prescriptions médicales, les validations de traitement, le module examen et les mouvements de lits ».

- **Question n° 4 : Quel changement organisationnel a entraîné l'utilisation du DSI au sein de votre unité ?**

« Globalement, il n'y a pas eu de changement organisationnel en profondeur, mise à part le nouveau matériel installé au sein du service. Avant la mise en place du logiciel, nous avons constitué une équipe de référents comprenant une personne par service. Pour le nôtre j'ai été cette personne. L'annonce du changement de pratique avait été faite bien avant le déploiement effectif. Concernant l'organisation actuelle, elle repose encore, pour l'unité ambulatoire et la salle de réveil, sur un double support, informatique et papier, car nous n'avons pas de logiciel per opératoire pour la partie anesthésie et SSPI. C'est dommage quand même, cela nous oblige à maintenir, pour le moment, une attention à plusieurs endroits. C'est d'ailleurs une perte de temps exprimée par les infirmières. Mais, en contre partie, le logiciel a permis de repérer plus facilement certaines erreurs humaines. Je pense, notamment, aux oublis de prescriptions de la part des anesthésistes que les infirmières signalent à la vue globale des situations de l'ensemble des patients du service sur écran. L'aperçu général du parcours du patient dans l'établissement, permet aussi de prévenir des erreurs imputables au manque de transmission, entre services par exemple. Si

la tâche actuelle des soignants, dans certaines unités, est encore contraignante, il n'en reste pas moins que la prise en charge du patient est, au final, améliorée de manière certaine. On a renforcé la gestion du risque, avec une meilleure lisibilité, une meilleure traçabilité des prescriptions, résultats sanguins, comptes rendus d'examen complémentaires (...) qui sont maintenant regroupés dans un même onglet. Ils sont à la fois, beaucoup plus faciles d'accès que dans le dossier papier fourre-tout tel qu'on le connaissait avant et en plus, on ne les perd plus... ».

L'utilisation du logiciel par le cadre de santé

- **Question n° 6 : Utilisez-vous le logiciel DSI dans votre fonction de cadre de santé ?**

« Aujourd'hui, je n'utilise le logiciel que lorsqu'il m'arrive de remplacer les IDE au bloc, ou bien lors d'audits de dossier patient ». Mais au départ, faisant partie du groupe de référents et ayant participé à la conception du corps du logiciel, je l'ai beaucoup utilisé, que ce soit avant, pendant et après le déploiement. Je réparais les erreurs, recherchais les causes de dysfonctionnement ou accompagnait les soignants dans la manipulation, du moins ceux qui rencontraient plus de mal avec l'informatique ».

- **Question n° 7 : Êtiez-vous familiarisé(e) avec l'informatique au préalable de la mise en place du DSI ?**

« Oui, j'ai toujours aimé l'informatique. Je ne suis pas forcément calée sur tout, mais je me débrouille. En plus, comme je disais tout à l'heure, j'ai fait partie du groupe projet, donc encore plus familiarisée à l'informatique et au DSI que certains autres cadres. Aujourd'hui, dans le cadre de l'utilisation au quotidien du logiciel, je me définis comme support de premier degré pour les petits problèmes qui ne nécessitent pas l'intervention de l'informaticien. Je suis une aide en cas de petite panne de réseau informatique par exemple, y compris dans les autres services de la clinique. Cette aisance de ma part a, je pense, été rassurante pour l'équipe. Les infirmières savaient que je pouvais aider, ce qui leur permettait de compter sur moi en cas de pépins ».

L'utilisation du logiciel par les soignants

- **Question n° 8 : Avez-vous repéré des difficultés dans l'appropriation du logiciel DSI de la part des soignants ?**

« Il y a surtout eu de la colère et de l'opposition comme pour tous les changements. Cela se traduisait par : ce n'est pas un bon logiciel, il n'était pas adapté à notre activité, ça ne va pas assez vite, si ça marche pas bien, on ne fait pas (...). Mais à côté de cela, fort heureusement, certains soignants n'ont eu aucune difficulté. C'est d'ailleurs la majorité des gens ».

- **Question n° 9 : Y-a-t-il eu des préalables institutionnels à la mise en place de logiciel ?**

« Il y a eu de mis en place un comité de pilotage composé des différentes catégories de professionnels exerçant au sein de la clinique, lors de la phase de paramétrage. En parallèle, des groupes de travail sur le dossier patient papier ont été constitués (transmissions ciblées, diagrammes de soins...). Les résultats de ces groupes de travail ont permis le paramétrage du logiciel. Ca a été un travail de longue haleine où beaucoup de gens se sont investis. La finalité est à la fois satisfaisante et valorisante, même si, attention, tout n'est pas terminé. Ce ne le sera d'ailleurs jamais je pense. Il y a toujours du mouvement dans le champ sanitaire. En plus de ces groupes, la clinique a diffusé, à chaque utilisateur potentiel, un questionnaire de connaissances informatiques. Cette étape a permis de proposer une formation de familiarisation à l'outil informatique, avant le commencement du déploiement. Elle a été assurée par l'informaticien du groupe. Donc, au final, il y a eu pas mal de choses de faites. Et puis, dernière chose, il est désormais acté la connaissance en informatique sur les fiche de poste infirmière pour chaque unité de soins de la clinique. Je pense que cela est une bonne chose même si, aujourd'hui, ce sont surtout des jeunes qui sont embauchées, et, à vrai dire, elles sont relativement bonnes sur le sujet ».

D'un point de vue général

- **Question n° 10 : Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la mise en place d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service ?**

« Selon moi, le cadre de santé doit être impliqué le plus tôt possible dans le projet. Il doit pouvoir communiquer à son équipe avant sa mise en place, pour préparer le terrain pendant et après. Il doit avoir une position rassurante pour l'équipe. Cela sous entend : maîtriser au minimum le logiciel afin de servir de premier support au personnel en cas de difficultés. En retour, mon rôle est de transmettre les difficultés rencontrées par l'équipe à l'éditeur et à la direction. Je suis vraiment dans un entre deux ».

- **Question n° 11 : Comment envisageriez-vous la disposition idéale pour la mise en place d'un DSI au sein d'une unité ?**

« Je pense que nous n'avons pas été mauvais dans notre gestion du projet. Nous avons été certifiés 6 mois avant le démarrage du projet, ce qui a permis d'avoir un dossier papier retravaillé et adapté aux exigences des tutelles. C'est à cette étape-ci que les groupes de travail ont été constitués. A partir de ce moment là, le paramétrage a pu être réalisé pour un logiciel simplifié. Cela a presque été du copier-coller du dossier papier. En plus, l'équipe de référents a permis de ne pas s'écarter du modèle et des pratiques de chacun des services. Et puis, élément important, la possibilité d'apporter des modifications, souvent à la demande des équipes, ont permis une certaine souplesse dans l'utilisation. Cela a aussi contribué à favoriser l'implication des personnes comme vous dites. La disposition idéale est peut-être celle-ci, la démarche que nous avons entreprise. Plus sérieusement, je pense qu'il faut faire participer le personnel, mais pas trop pour éviter de se marcher sur les pieds et surtout, rassurer les équipes en leur montrant que si nous pouvons le faire, ils peuvent le faire aussi ».

RESTITUTION D'ENTRETIEN

CADRE DE SANTE N° 6

Entretien réalisé le 9 mars 2013 à 15h00, dans un lieu neutre, extérieur à l'établissement. Entretien d'une durée de 40 minutes. Aucune interruption.

Présentation du cadre de santé

- **Question n° 1 : Quel a été votre parcours professionnel ?**

« J'ai 46 ans, je suis cadre de santé depuis juin 2012, mais vieille infirmière car je suis diplômée depuis 1986. J'ai fait la moitié de mon parcours en services généraux pour adultes, et l'autre moitié en secteur pédiatrique. Je suis allée en chirurgie, médecine, urgence (...). Depuis juillet 2012, je suis en poste aux urgences adultes de l'hôpital. Avant j'ai été faisant fonction de cadre pendant 20 mois, à temps partiel, sur un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce. L'autre mi-temps, j'étais infirmière aux urgences pédiatriques ».

Présentation de l'unité

- **Question n° 2 : Pouvez-vous me présenter votre unité, pôle, équipe ?**

« On gère, avec deux autres cadres de santé, environ 80 personnels : infirmiers, aides-soignants. C'est un gros service, un gros pôle. La file active est de 125 entrées environ par jour, tout confondu ; chirurgie et médecine. Il y a un secteur court pour problème de santé ponctuel comme une entorse, trauma de l'œil. Les gens ne restent dans ce secteur que peu de temps. Et il y a un secteur classique qui accueille toutes les autres pathologies, aussi bien cardiaque, pulmonaire, neurologique. Ce secteur est subdivisé en 3 autres secteurs, avec une équipe distincte par sous secteur. Les patients sont dispatchés dans les secteurs par l'infirmière d'accueil et d'orientation. Après les premiers soins, il y a possible passage dans un dernier secteur appelé secteur 4, qui correspond aux box pour patients qui attendent un lit dans les autres services ».

Présentation de l'informatisation de l'unité

- **Question n° 3 : Pouvez-vous me décrire le logiciel DSI ?**

« Le logiciel chez nous s'appelle Cristalnet. Il a été mis en place début octobre 2012, en sachant qu'avant il y avait un autre logiciel interne aux urgences depuis 6-7 ans, mais qui n'était pas un logiciel en lien avec les autres services. Le but du nouveau logiciel était de créer du lien avec les autres services pour que Cristalnet va se développer petit à petit. Ce sont les urgences qui sont les premières concernées, du fait de l'existence du précédent logiciel et, aussi parce que c'est souvent par les urgences que beaucoup de prises en charge hospitalières commencent. Le moment du déploiement est aussi en lien avec l'échéance du nouvel hôpital qui se construit actuellement et, dans lequel on va être transféré. C'est pour anticiper un petit peu, pour qu'on soit tous opérationnels une fois le déménagement fait, avec un logiciel commun. Actuellement, Cristalnet comprend plusieurs choses. Il y a le Dossier Médical d'Urgence, propre au service des urgences, le Dplan qui correspond au plan de soins et destiné davantage aux autres services, et Opium qui lui concerne la prescription médicale. Le Dplan et Opium formeront le Dossier Médical Commun qui fera le lien avec les autres services plus tard. Le Dossier Médical d'Urgence restera interne au service des urgences, sauf pour ce qui est des antécédents du malade ou autre informations de ce genre qui peuvent intéresser les autres services. Les transmissions soignantes se font actuellement sur Le DMU mais l'idée de départ concernait le Dplan. Cela a été impossible pour des raisons de sécurité d'accès. Le dispositif n'était pas complet alors, le choix de tout écrire sur le DMU a été fait. A terme, avec les modifications du logiciel, on reviendra sur le Dplan pour ce qui est des éléments transversaux et DMU pour les éléments propres aux urgences ».

- **Question n° 4 : Quel changement organisationnel a entraîné l'utilisation du DSI au sein de votre unité ?**

« Et bien nous travaillons plus que sur ordinateurs. Il n'y a plus du tout de papier sauf ceux que nous éditons pour l'extérieur, les autres services ou le patient. Ce côté-là a facilité, je trouve, une partie de

l'organisation car aux urgences, on travaille vite et c'était dur d'attendre parfois que le médecin ou le collègue ait terminé d'écrire dessus pour y mettre ses remarques et valider ses traitements et autres. Maintenant, on a fait rajouter des PC portables sur chariot et du coup, il y en a plusieurs dans le service bien ; on peut se connecter à plusieurs en même temps, c'est vraiment, on travaille en temps réel. En dehors de cela, le logiciel est trop fraîchement déployé pour percevoir d'autres bénéfices, d'autant plus qu'il n'est pas parfait et on ne peut faire ce qui avait été prévu au départ. Il demande plus de temps que l'ancien, car le service fonctionnait avant sur un logiciel qui avait plus de 6 ans d'ancienneté et avait été perfectionné au fur et à mesure des besoins exprimés par les personnels. Tout le monde le connaissait bien. Cristalnet comprend trois modules et c'est parfois compliqué de jongler entre eux. En plus, le problème, encore à ce jour, vient du fait qu'il n'intègre encore aucun profil métier ; c'est-à-dire que tout le monde a les mêmes droits. C'est donc, à nos yeux, trop peu sécurisé. Cristalnet aujourd'hui, à l'heure actuelle, ne nous permet pas de le faire. Cela réclame une vigilance accrue pour tous les soignants et donc du temps en plus. C'est pourquoi on prône la discussion entre soignants, la transmission orale en somme, entre soignants et entre soignant et médecin ».

- **Question n° 5 : Le DSI favorise-t-il la qualité de la prise en charge du patient ?**

« Je dirais que le nouveau DSI n'a pas changé grand-chose, même si je pense que l'on est plus précis sur les prescriptions médicales. Cela reste moins dans l'oral, mais il manque encore une alternative entre écrit instantané, validation de prescription instantanée et tout oral. On est, mine de rien, dans les balbutiements ».

L'utilisation du logiciel par le cadre de santé

- **Question n° 6 : Utilisez-vous le logiciel DSI dans votre fonction de cadre de santé ?**

« Dans notre organisation de travail, chaque cadre est posté en porte comme on dit, c'est-à-dire en salle auprès des équipes et ce, de manière cyclique. Cela nous amène à nous servir du logiciel tout comme les soignants. En dehors de ces moments, on est amené à se connecter pour recherche d'information en vue du transfert du patient ou autres départs qui sont gérés uniquement par l'encadrement. C'est la gestion des lits, la coordination globale. Donc, en fait, nous l'utilisons tous les jours ».

- **Question n° 7 : Etiez-vous familiarisé(e) avec l'informatique au préalable de la mise en place du DSI ?**

« Je ne suis pas quelqu'un de très doué avec l'informatique, mais rien qu'à l'issue de l'école des cadres, je pense maîtriser à minima l'informatique en tant que telle. Ce n'est pas quelque chose qui me fait peur. Avant, dans les services où je travaillais, il y avait aussi des applications informatiques donc j'étais déjà un peu sensibilisée. On s'y habitue, je pense. Pour ce qui est de l'aide que cela a pu apporter à l'équipe lors du déploiement, c'est indéniable. Il a bien fallu que je réponde aux sollicitations et réagisse lorsqu'un problème était soulevé. Aux urgences, les cadres travaillent vraiment au cœur du soin, en proximité. On est vraiment avec les soignants au quotidien. On ne peut pas rester sans répondre. On est les premiers référents. C'est d'ailleurs quelque chose qui se fait encore ».

L'utilisation du logiciel par les soignants

- **Question n° 8 : Avez-vous repéré des difficultés dans l'appropriation du logiciel DSI de la part des soignants ?**

« L'utilisation est difficile encore pour certains aujourd'hui. C'est très en lien avec la charge de travail. Quand celle-ci est lourde et importante, il faut de la rapidité et le logiciel peut freiner le mouvement si on ne le maîtrise pas suffisamment. Je dirais que cela dépend des personnes. Certains se sont fait vite au nouveau logiciel, d'autres non. Même si on avait un logiciel avant, on doit se réhabituer à un nouveau mode de fonctionnement. Ce n'est pas facile. Je dirais que l'âge de la personne me semble être un facteur déterminant, même si ce n'est pas systématique. Je dirais que les personnels les plus âgés de l'équipe ont globalement été les plus en difficultés. Les difficultés se sont exprimées en cris, avec des : j'en ai marre, j'arrête tout (...). Certains ont été affolés et venaient au travail avec la peur au ventre de ne pas pouvoir faire leur travail comme ils le souhaitaient, non pas en lien avec leur métier, mais l'utilisation d'un nouvel outil de travail, en l'occurrence le nouveau logiciel. Certains avaient même la peur de perdre leur diplôme du fait d'une erreur de traitement en lien avec le nouveau logiciel. Nous avons fait beaucoup de réunions de

crise pour trouver des solutions de détournement ou pour faire modifier le paramétrage. Cela a duré les premières semaines et, au bout de cinq mois, tout le monde s'est approprié le logiciel ».

- **Question n° 9 : Y-a-t-il eu des préalables institutionnels à la mise en place de logiciel ?**

« Un an de préparation. Moi j'ai pris en route le projet, à partir de fin août 2012. Je me suis intégrée aux groupes de travail déjà existants. Au tout début, il y a eu un choix de logiciel fait dans ces groupes de travail à partir de plusieurs logiciels présentés. Une fois le choix fait, des médecins référents, chefs de service, l'encadrement, la Direction des soins, du service informatique et le fournisseur ont travaillé sur la conception et le paramétrage du logiciel. On a intégré les soignants dans le groupe de travail en septembre, soit un mois avant le déploiement. Cela ne leur a pas été imposé, mais proposé. Ils étaient à la fois volontaires et à la fois sollicités car ces soignants correspondaient au profil recherché, en lien notamment avec l'aisance sur le support informatique. Il s'agissait aussi de personnels de nuit. On a travaillé beaucoup avec les soignants référents. On a beaucoup travaillé avec eux. Je ne voyais pas comment on pouvait travailler sans eux sur un projet qui les concerne pleinement. Il y a eu des formations sur PC, pour tous les soignants, un mois avant le déploiement. C'est le fournisseur qui a géré cette formation et notre rôle était de privilégier ces créneaux et de tout faire pour ne pas empêcher que ces sessions aient lieu. Je pense que cette formation était bien en soi parce qu'elle permettait à tous de voir le logiciel, mais elle manquait de pratique. Une semaine avant la date du déploiement effectif, on a fait une simulation en interne, avec les soignants référents et médecins. On a simulé des prescriptions, des transmissions, des validations de traitements, des enregistrements d'inventaires (...). C'est à ce moment qu'on s'est rendu compte que nous n'étions pas prêts. On a fait le choix de retarder, car trop de difficultés nous paraissaient contraignantes. L'encadrement et les médecins des urgences se sont positionnés et avons, de fait, repoussé de 15 jours la mise en place. Ça a été le temps de modifier certaines choses. On ne se sentait toujours pas tout à fait serein au bout des 15 jours, mais il fallait y aller quand même. On a donc mis en place un matin à 10h. Le doublon des logiciels, l'ancien pour les patients déjà admis et le nouveau pour les entrants du jour n'a pas facilité les choses. Il a fallu jongler et on s'est rendu compte que des choses ne convenaient toujours pas. Cela a nécessité beaucoup de paramétrages d'urgence, lesquels il fallait transmettre le plus vite possible à tous les soignants présents. Ces changements en live se faisaient, bien évidemment, avec les informaticiens du fournisseur qui était physiquement avec nous au début, y compris en première partie de nuit. Aujourd'hui, les référents soignants font toujours partie des réunions qui perdurent chaque mois, afin de modifier, préparer la suite (...) ».

D'un point de vue général

- **Question n° 10 : Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la mise en place d'un Dossier de Soins Informatisé au sein d'un service ?**

« Le rôle du cadre est indispensable et primordial. On a, en tant que cadre, un rôle très important. Comme je le disais tout à l'heure, on est en première ligne. C'est un tel changement que, pour l'accompagner, il faut que l'on soit au départ impliqué soi-même. Le cadre est en proximité permanente. Pour les soignants, le fait de voir le cadre autant impliqué et autant galérer avec eux, entre guillemets, cela diminue la réticence qui peut être ressentie. Il doit faire le relais dès qu'un souci arrive, en lien avec tout, donc aussi avec l'informatique. On fait remonter les informations quand il y a des soucis de connexion par exemple, ou des bugs (...). On tâtonne aussi, au départ, pour essayer de modifier certaines choses sur le logiciel, ce qui nous amène à savoir des choses ensuite et à devenir plus autonome. Je dois aussi gérer les nouveaux arrivants. Ceux-ci sont forcément doublés au début et, c'est comme cela, qu'ils se forment, mais je dois m'en assurer. Enfin, dernier élément qui me paraît important en tant que cadre, c'est signifier et signifier à nouveau que l'on ne pourra pas revenir en arrière et qu'il faut aménager au mieux la suite pour que chacun puisse trouver son intérêt et sa meilleure façon de faire. La nouveauté n'est pas forcément parfaite mais il faut améliorer les choses ».

- **Question n° 11 : Comment envisageriez-vous la disposition idéale pour la mise en place d'un DSI au sein d'une unité ?**

« L'idéal est un logiciel plus adapté aux urgences. Actuellement, il est tel qu'il ne rend pas optimal à 100% l'organisation du travail. Il faut aussi de la préparation, de l'accompagnement, que tout cela se réfléchisse. La mise en place de référents, la proximité des cadres, la formation ont été, je pense, un plus ».

Annexe 6

Tableaux récapitulatifs des résultats des questionnaires « *Infirmiers* »

Question n° 1 – Vous êtes ?

Femme	54	84%
Homme	10	16%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Question n° 2 – Quel est votre âge ?

20-30 ans	39	61%
30-40 ans	15	23%
40-50 ans	7	11%
+ 50 ans	3	5%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Question n° 3 – Quelle est votre année de diplôme ?

Avant 1992	5	8%
1992 - 2002	8	13%
2003	1	2%
2004	3	5%
2005	1	2%
2006	4	6%
2007	2	3%
2008	6	10%
2009	3	5%
2010	4	6%
2011	15	24%
2012	10	16%
Total	62	100%
Nombre d'enregistrements concernés	62 / 64 = 96.88 %	

Question n° 4 – Quel est votre ancienneté dans le service?

Moins d'1 an	16	25%
1 à 5 ans	39	61%
Plus de 5 ans	9	14%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Question n° 5 – Avez-vous travaillé dans un service autre, doté du DSI ?

Oui	19	30%
Non	45	70%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Question n° 6 – Depuis quand est mis en place le DSI au sein de votre service ?

Moins d'1 an	22	35%
1 à 3 ans	30	48%
Plus de 3 ans	11	17%
Total	63	100%
Nombre d'enregistrements concernés	63 / 64 = 98.44 %	

Question n° 7 – Quels éléments constituent actuellement le DSI ? (Choix multiples)

			Nombre d'enregistrements concernés
Transmissions paramédicales	63	98%	64 / 64 = 100 %
Planification de soins	56	88%	
Examens complémentaires	40	63%	
Prescriptions médicales / Validation	51	80%	
Dossier médical accessible à tous	44	69%	
Autre	3	5%	

Question n° 8 – A combien de temps estimez-vous le temps passé sur le DSI par jour?

Moins d'1h	18	30%
Entre + d'1h et 2h	23	38%
Entre + de 2h et 3h	10	16%
Entre + de 3h et 4h	8	13%
Entre + de 4h et 5h	2	3%
Total	61	100%
Nombre d'enregistrements concernés	61 / 64 = 95.31 %	

Question n° 9 – Y a-t-il une/des personne(s) responsable(s) du projet DSI au niveau institutionnel ?

Oui	55	89%
Non	7	11%
Total	62	100%
Nombre d'enregistrements concernés	62 / 64 = 96.88 %	

Si oui, quelle(s) est/sont-elle(s) ? (Choix multiple)

			Nombre d'enregistrements concernés
Responsable administratif	8	15%	55 / 64 = 85.94 %
Cadre de santé	11	20%	
Infirmière	48	87%	
Autre	1	2%	

Question n° 10 – Avez-vous pu vous appuyer sur une ou plusieurs ressource(s) pour le maniement quotidien du DSI ?

Oui	61	95%
Non	3	5%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Si oui, quelle(s) est/sont-elle(s) ?
(Choix multiples)

			Nombre d'enregistrements concernés
Collègues infirmiers	47	77%	61 / 64 = 100 %
Cadre de proximité	19	31%	
Support logiciel	9	15%	
Référent(s) de projet	34	56%	
Autre	1	2%	

Question n° 11 – Vous estimez le changement de pratique inhérent à la mise en place du DSI comme : (Une seule réponse attendue)

Un enrichissement	20	31%
Une déception	13	20%
Une contrainte	16	25%
Un projet dynamisant	9	14%
Sans effet particulier	6	9%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Question n° 12 – Etiez-vous familiarisé(e) à l'outil informatique avant l'utilisation du DSI ?

Oui	51	80%
Non	13	20%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Question n° 13 – Avez-vous bénéficié d'une formation centrée sur le logiciel informatique DSI ?

Oui	53	83%
Non	11	17%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Question n° 14 – Comment estimez-vous l'apport de cette/ces formation(s) ?

Insuffisant	26	46%
Suffisant	25	44%
Inutile	6	11%
Total	57	100%
Nombre d'enregistrements concernés	57 / 64 = 89.06 %	

Question n° 15 – Avez-vous ressenti des difficultés d'adaptation à la nouvelle pratique inhérente à la mise en place du DSI ?

Oui	36	56%
Non	28	44%
Total	64	100%
Nombre d'enregistrements concernés	64 / 64 = 100 %	

Si oui, de quel ordre ? (Choix multiples)

			Nombre d'enregistrements concernés
Pratique (méconnaissance des fonctionnalités du logiciel)	20	56%	36 / 64 = 56.25 %
Organisationnel (surcharge de travail, perte de temps, difficulté d'organisation)	30	83%	
Psychologique (démotivation, angoisse, colère)	14	39%	
Autre	2	6%	

Question n° 16 – Dans un tel contexte de changement, quelles sont vos attentes vis-à-vis du cadre de santé ? (Question ouverte)

			Nombre d'enregistrements concernés
Ecoute et soutien (relationnel)	7	24%	29 / 64 = 100 %
Maîtrise du logiciel	7	24%	
Relais des informations	10	34%	
Investissement dans le projet	1	3%	
Disponibilité	8	27%	
Appui face au retrait des praticiens	6	20%	
Sensibiliser les médecins	2	7%	
Aide à l'accès à la formation (niveau 2)	2	7%	



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de cadre de santé

DCS@12-13

TITRE DU MEMOIRE

Le Dossier de Soins Informatisé : Réel changement ou simple modification de pratique ...

AUTEUR

Stéphane LE TERRIEN

MOTS-CLES

Dossier de Soins Informatisé ; Changement ; Projet ;
Equipe ; Cadre de santé ; Management ;
Accompagnement

KEYWORDS

Computerized care record; Change; Project; Team;
Health executives; Management; Coaching

RESUME

Depuis quelques années maintenant, le secteur hospitalier voit son activité de plus en plus associée à la technologie de l'informatique. Le dossier de soins informatisé en constitue un exemple et son déploiement, au sein des unités de soins, bien que progressif, est assurément source de modifications de l'organisation du travail. Ces nouvelles dispositions font, le plus souvent, émerger des réactions diverses chez les professionnels concernés, susceptibles, dès lors, d'impacter la dynamique d'équipes existantes. Cette situation de changement institutionnel requière-t-elle un accompagnement particulier de la part du cadre de santé de proximité ? Cette interrogation constitue l'objet de ce travail de recherche. Celui-ci repose sur mon expérience et sur celle des professionnels consultés, ainsi que sur l'étude conceptuelle des notions fortes se rapportant à la fonction du cadre de santé et à la notion de changement. Cette réflexion a permis de montrer la nécessité, pour le cadre de santé, d'adapter son management à une conduite de projet efficace, telle que l'implantation d'un nouvel outil de travail informatique. Bien appréhender le rôle du cadre de santé dans l'appropriation du changement par les équipes soignantes, constitue, *in fine*, un gage de qualité qui repose sur la définition de ses compétences, à la fois singulières et transversales.

ABSTRACT

For some years, the hospital activities are more and more associated with computer technology. Computerized care record is an example and its deployment in the care units, although gradual, is certainly a source of changes in work organization. These new provisions cause, in most cases, the emergence of different reactions among the professionals concerned and may therefore impact the existing teams dynamics. Does this institutional change require special support from the health executives? This question is the subject of this research. This is based on my experience and that of professionals consulted, as well as the conceptual design of concepts related to the function of health executives and the notion of change. This reflection showed the need for health executives to adapt their management to conduct effective project such as the implementation of a new tool for computer for work. Understanding the role of health executives in the integration of change by the health care team is ultimately a guarantee of quality based on the definition of expertise in both singular and transversal competences.