



Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours
« Management des Organisations
Soignantes »

Implantation du Dossier Patient
Informatisé en psychiatrie infanto-
juvénile :
L'accompagnement des soignants vers
une transition numérique

UE 3 ECUE 2

Patrick MAMMANO
Année 2016/2017

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants du **Master 2 Management Sectoriel Parcours « Management des Organisations Soignantes »** de l'ESM 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'ESM - Formation & Recherche en Soins.

« *To bit or not to bit* »

C'est un privilège extraordinaire que le nôtre : vivre à l'époque des ordinateurs. Cela signifie que le monde, sous nos yeux, s'éveille à la conscience de lui-même. Il se pense. Et il se rend donc capable de se produire en se pensant »

Mark Alizart, *Informatique céleste*

Table des matières

Liste des abréviations	3
Introduction	5
1. Histoire de l'hôpital.....	8
1.1 La culture d'établissement	14
1.1.1 Origines	14
1.1.2 La culture à l'hôpital	15
1.1.3 Le Centre hospitalier de la Fondation Vallée, un modèle <i>adhocratique</i> de l'organisation hospitalière ?	15
1.2 Éloge de la résistance	19
1.2.1 S'il faut changer.....	19
1.3 Mais quel changement doit-on attendre ?.....	23
1.4 Au seuil de l'hôpital réseau ?.....	25
1.5 Pour quels risques ?.....	27
2 Le Dossier Patient Informatisé.....	30
2.1 Définitions et obligations	30
2.1.1 L'objet	30
2.2 Le cadre juridique de l'informatisation du DPI : le droit et les secrets.....	34
2.2.1 Le secret des données	34
2.3 Le Dossier Patient Informatisé au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée...	38
2.4 L'acceptabilité sociale du projet d'informatisation	43
2.5 Quel chemin vers la réalisation ?.....	47
2.6 Les obstacles en vue.....	51
2.7 Une note générale positive	55
3 Les préconisations	57
3.1 Série d'entretiens.....	57
3.2 Les lieux de l'entretien.....	58
3.3 Ce que l'on peut aussi faire	62
3.4 Comment saura-t-on que ça a marché ?.....	66
Conclusion	68
Bibliographie.....	71

Liste des abréviations

AMO : Assistance maîtrise d'ouvrage
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS : Agence régionale de santé
ASIP Santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé
CEDH : Convention européenne des droits de l'homme
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CMP : Centre médico-psychologique
CNIL : Commission nationale informatique et libertés
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIM : Département d'information médicale
DPI : Dossier patient informatisé
EPS : Établissement public de santé
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
HAS : Haute autorité de santé
HN : Hôpital numérique
GHT : Groupement hospitalier de territoire
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
NTIC : Nouvelles technologies de l'information et des communications
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
SIB : Syndicat Inter hospitalier de Bretagne
SI : Systèmes d'information
SIH : Systèmes d'information hospitaliers
SPH : Syndicat des psychiatres des hôpitaux
TIM : Technicien d'information médicale

Introduction

À l'aune de toute institution organisationnelle complexe, l'hôpital se trouve aujourd'hui mécaniquement pénétré par le déploiement, sans précédent, des systèmes de gestion informatiques, des nouvelles technologies et technologies mobiles. Certains outils numériques parmi les plus puissants alimentent des projets d'informatisation spécifiques liés à l'e-santé et la télémédecine¹, ou à l'extrême, consacrent l'intelligence artificielle au service de la précision diagnostique, tel le logiciel Watson². D'autres, plus prosaïquement, sont mis à la disposition des soignants et des personnels hospitaliers et concernent les cœurs de métiers : l'informatisation du Dossier Patient en est un des exemples le plus courant³.

Si la numérisation du processus de soin est désormais un mouvement engagé dans de nombreux établissements de santé⁴ avec son chainage de prescription, dispensation, administration, des nuances apparaissent toutefois sur l'état d'avancement dans ce processus, en particulier lorsque les hôpitaux drainent des spécialités et des interventions thérapeutiques techniquement et historiquement peu apparentées aux outils numériques. La psychiatrie fait peut-être exception en ce sens qu'elle promeut (pour l'instant) un cadre thérapeutique autrement perméable à la virtualisation de sa clinique, même si consultations et interventions à distance ne relèvent plus tout à fait de la psychiatrie fiction⁵.

La stratégie Hôpital numérique lancée en 2011 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), a engagé un plan de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) établi sur un socle de cinq domaines fonctionnels prioritaires, ces derniers définis comme essentiels à la maturité numérique visée par les établissements de santé⁶. Pour compléter leur effort de budgétisation, ces mêmes établissements de santé avaient l'opportunité de faire acte de candidature au volet financement du programme auprès des Agences régionales de santé (ARS).

Je suis cadre de pôle en psychiatrie infanto-juvénile au Centre hospitalier de la Fondation Vallée à Gentilly dans le Val de Marne. Cet établissement a obtenu l'engagement du complément financier précité, sur le segment Dossier

¹ État des lieux de l'innovation en santé numérique, Pr Dumez, Pr Minvielle, Fondation de l'Avenir, mars 2015, et *Big Data, IA, robotique : vers une nouvelle révolution médicale ?*, La Méthode Scientifique, France Culture, 07.12.2016

² Watson est un programme informatique d'intelligence artificielle conçu par IBM dans le but de répondre à des questions formulées en langage naturel, sa puissance de calcul permet de traiter des quantités d'informations médicales optimisant ainsi la proposition diagnostique, Technomédecine.com

³ ANAP, *Audit des systèmes d'information hospitaliers auprès d'établissements représentatifs*, mars 2014

⁴ Deux tiers des hôpitaux ont atteints 100% des prérequis Hôpital Numérique, Hospimédia du 06.01.2017

⁵ CH du Rouvray en 2015 : 15% des consultations psychiatriques en EHPAD étaient ainsi réalisées via le dispositif de télémédecine avec, en moyenne, neuf téléconsultations pour une télé-expertise psychiatrique, Plateforme de propositions de la Fédération hospitalière de France pour 2017-2022

⁶ <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopital-numerique/Hopital-Numerique> consultée le 19.10.2016

Patient Informatisé et Interopérable (DPI) dans l'optique de son installation et son développement sur l'ensemble des unités de son site. Nommé par la Direction des Soins référent de ce projet en charge de la filière paramédicale, il m'était demandé d'organiser le suivi et la mise en place des d'étapes censées cadencer l'aménagement du DPI, jusqu'au stade opérationnel. Entretemps, un élément aura quelque peu flouté cette perspective et les cartes auront dû être rebattues : l'adhésion obligatoire à un groupement hospitalier de territoire (GHT psy Paris Sud : Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, Établissement Public de Santé Erasme à Antony, Centre Hospitalier de la Fondation Vallée à Gentilly) s'est conclue au 1^{er} janvier 2016. Logiquement, le projet initial de déploiement du DPI a été stoppé par une décision de la nouvelle Direction de l'hôpital support et ceci, dans l'attente des attendus délivrés par une assistance maîtrise d'ouvrage (AMO) qui devrait faire apparaître les conditions et les briques communes à un développement numérique homogène pour les trois hôpitaux du nouveau GHT. La mission qui me revenait fut, elle-aussi, suspendue et prit donc depuis les formes d'une étude prospective.

La démarche managériale qui m'incombait, fraction intégrée et conditionnée à un plan d'ensemble, pour autant qu'elle soit différée n'en demeure pas moins valide. Elle se leste (au moins) de deux charges identifiées, lesquelles s'apparentent au binôme convenu des modalités didactiques soignantes : le technique et le relationnel. Le premier oblige les conditions matérielles et opérationnelles d'utilisation du DPI dans les unités, l'autre interroge les dispositions humaines à transférer des données et des pratiques sur un nouveau support. Si le facteur réussite de l'implémentation technique ne dépend pas d'une unique personne, en l'occurrence des seules compétences d'un cadre de santé, le choix du procédé managériale qui va conduire à l'accompagnement et la compréhension d'un outil qui transcrit et convertit écriture de la pratique et actes référencés d'un groupe soignant, relève plus légitimement d'une direction de soins et par destination, de cadre supérieurs. Ce dernier aspect se révèle ainsi être un élément important du processus car inévitablement aux frontières d'enjeux qui mêlent conduite de changement et analyse des pratiques.

Soutenu et missionné par la Direction et la Direction des Soins de mon établissement sur ces impératifs institutionnels, la chance m'est en plus donnée de problématiser et coupler ceux-ci à un travail universitaire, en l'espèce, à la validation d'un Master 2 Management des Organisations Soignantes. Les intérêts me sont apparus immédiats et favorables à tout acteur : à titre personnel, facilitation des accès aux registres analytiques et théoriques qui concernent le dépliage et le montage d'un projet complexe ; au titre de l'institution, facilitation de la mise en place des modalités opérantes via des étapes prédéfinies et clairement déclinées.

Les limites se sont fait connaître à moi de façon tout aussi immédiate : choix de la méthode à l'intérieur d'une stratégie globale contrainte, population cibles, multiplication des domaines d'intervention due aux ruptures épistémologiques liées au numérique, rigueur d'un travail universitaire confrontée aux sanctions humaines de son application quasi instantanée. Aussi, parmi les questions qui pouvaient concourir à colliger projet managériale et développement cohérent de celui-ci, une s'est peut-être finalement imposée :

- Quelle(s) stratégie(s) possible(s) de déploiement du Dossier Patient Informatisé dans un établissement de psychiatrie infanto-juvénile ?

L'objectif est assurément de comprendre les logiques qui déterminent les comportements d'acteurs lors de la phase de déploiement du DPI, puis d'établir les liens entre ces logiques et les stratégies adoptées afin de définir les éléments favorables à la réussite finale du projet et les orientations déterminantes de la stratégie de la Direction des Soins.

L'examen de cette problématique aura trois principaux temps de développement. Le premier temps sera consacré à une histoire de la Fondation Vallée, occasion d'une analyse culturelle connexe, aidée de en cela d'une littérature qui nourrit cette thématique. Le deuxième temps sera réservé à une présentation du DPI à partir de définitions et au regard de ses aspects légaux et techniques. Une sous-partie de ce second temps développera le projet générique du DPI sur le site de la Fondation Vallée. Une étude des questionnaires transmis aux équipes soignantes ⁷ de l'hôpital nous aidera à appréhender les représentations sociales que véhicule ce DPI. Enfin, aidés des entretiens ⁸ effectués auprès des principaux porteurs de projet d'informatisation d'autres établissements, le troisième temps offrira l'opportunité d'exposer une partie préconisations et imaginera la dynamique nécessaire à l'ancrage de la culture numérique au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée.

⁷ Cf. annexe 2

⁸ Cf. annexe 1

1. Histoire de l'hôpital

Hippolyte Vallée



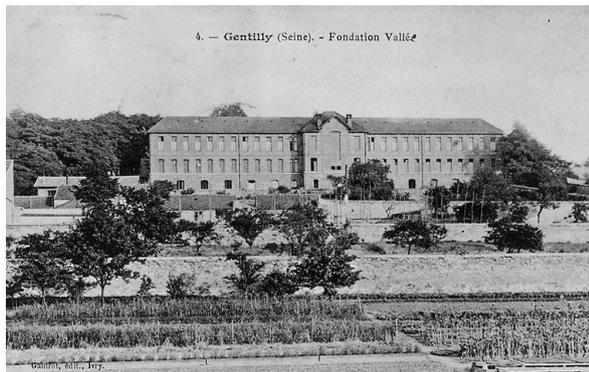
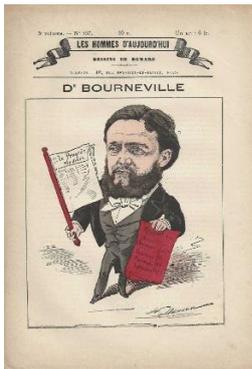
Source : Les ateliers du Val de Bièvre

Les origines du Centre Hospitalier de la Fondation Vallée sont ancrées au cœur du 19^{ème} siècle, et, conforme à l'esprit républicain et transformateur de ce dernier, son fondateur est un laïc. Hippolyte Vallée instituteur de Bicêtre crée en 1847 un établissement pour enfants déficients mentaux et le lègue à sa mort en 1885 au département de la Seine, à la condition que ce dernier le réserve « à l'usage spécial d'une institution d'enfants idiots pauvres, autant que possible valides, susceptibles d'éducation et pourvus, sans une certaine mesure d'aptitudes professionnelles »⁹. Confiant avec cet acte l'avenir de la Fondation et de ses futurs occupants à la bienveillance sanitaire et sociale, Hippolyte Vallée engage la vie de l'établissement pour une période qui allait couvrir 75 ans sous la tutelle de l'assistance publique de Paris. Il n'est pas inintéressant de souligner cet enracinement philanthropique qui deviendra un peu une marque de fabrique de la Fondation Vallée : concevoir l'accueil d'une enfance différente, non pour la soustraire et l'écartier de l'espace social mais surtout, pour engager des mesures d'assistance et d'éducation susceptibles de faire émerger des compétences et des valeurs qualité de vie. Cette proposition qui pourrait sembler se suffire à elle-même, demeure, en dépit de son ancienneté, d'une force idéologique remarquable. Elle inscrit un des éléments de l'Adn de la Fondation : donner à l'enfant statut et protection qui historiquement ne relevaient pas de l'évidence¹⁰, mais aussi considérer qu'il y a sujet chez l'enfant et de surcroît sujet acteur et créateur, par-delà toute différence ou particularité. Certains parmi les successeurs d'Hippolyte Vallée allaient, chacun à leur façon, honorer la propension humaniste qu'il initie alors.

⁹ PLANTADE A., *La Fondation Vallée. De l'asile à la cure institutionnelle* in L'information psychiatrique n°2, février 1995

¹⁰ La première loi de protection de l'enfance maltraitée date du 24 juillet 1889

Désiré-Magloire Bourneville



Source : Les Ateliers du Val de Bièvre

En 1890, la nomination du Docteur Bourneville, aliéniste des hôpitaux, réformateur et innovateur, ajoute une distinction supplémentaire à la spécificité de l'Institution dans le domaine médico-pédagogique. Ce médecin incarne fidèlement le courant psychiatrique qui veut affranchir le malade de ses chaînes, qu'elles soient institutionnelles ou pathologiques. C'est un vrai combat que Bourneville mène, en premier lieu contre les conditions d'hospitalisation de l'Assistance publique : pour rappel, les enfants arriérés nés à la Salpêtrière de mères aliénées étaient laissés à leur sort dans des conditions épouvantables¹¹. D'aucuns considèrent à ce titre Bourneville comme le père de la psychiatrie infantile. Combat politique également : conseiller général radical et anticlérical, il entretient, selon ses propres amis¹², « *une phobie littérale de la cornette* » et parviendra pétri de ses convictions, à faire adopter le principe de la laïcisation progressive des services de l'Assistance publique. Cette laïcisation pénétrera, toujours à son instigation, les écoles de formation des infirmiers à Bicêtre. Sa conception de l'asile-école pour la Fondation Vallée offre un principe de continuité que n'aurait pas renié Hyppolite Vallée. Ne s'embarrassant pas de retenue dans l'inventivité, Bourneville est également à l'origine du « *traitement médico-pédagogique* », prologues des pratiques rééducatives et pédagogiques actuelles.

Après le départ de Bourneville en 1908, l'histoire de la Fondation Vallée se fait rattraper par celle, sordide, des asiles d'aliénés de toute la France. Les unités et les enfants accueillis à Gentilly sont ainsi annexés aux autres services adultes de Bicêtre. Se profile alors une période sans moyens et sans projet, durant laquelle les psychiatres affectés à la Fondation Vallée se contentent du minimum soignant, ordre et hygiène, pour les enfants jugés inéducables. Ces derniers sont d'ailleurs soumis au même régime et internés dans les mêmes conditions que les patients adultes. Le lieu devient également le bout de la chaîne d'affectation disciplinaire pour les personnels de santé dont on ne veut plus à Bicêtre.

¹¹ PLANTADE A., *La Fondation Vallée. De l'asile à la cure institutionnelle* in L'information psychiatrique n°2, février 1995

¹² *Ibid.*

Avec l'extinction du cadre des aliénistes des hôpitaux dans les années 1940, les médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques sont introduits à la Fondation Vallée dont ils assurent pratiquement la direction psychiatrique. En 1947 une convention avec l'Éducation Nationale prononce la nomination d'instituteurs, de professeurs d'enseignement ménager, de chant, de gymnastique et d'une conseillère d'orientation scolaire et professionnelle. L'effectif des enfants hospitalisés se monte alors à 230.

Roger Misès



Au terme de cette (longue) période de presque 50 années, le Professeur Roger Misès arrive en 1957. Il est sidéré par les scènes concentrationnaires auxquelles il assiste : jeunes patients rassemblés dans de grandes salles de la Fondation, attachés et camisolés pour certains, laissés indistinctement au sort de l'incurabilité. Il met alors à l'examen et transforme les pratiques asilaires, commence un travail de classification et de référencement nosographique en discriminant les différentes pathologies rencontrées, et théorise un pan important de la clinique psychiatrique infanto-juvénile. Il convoque dans un processus thérapeutique qu'il nommera « la cure en institution », éducateurs, infirmiers, psychologues et pédagogues qui vont structurer au quotidien le projet pour l'enfant à travers pratiques et regards croisés.

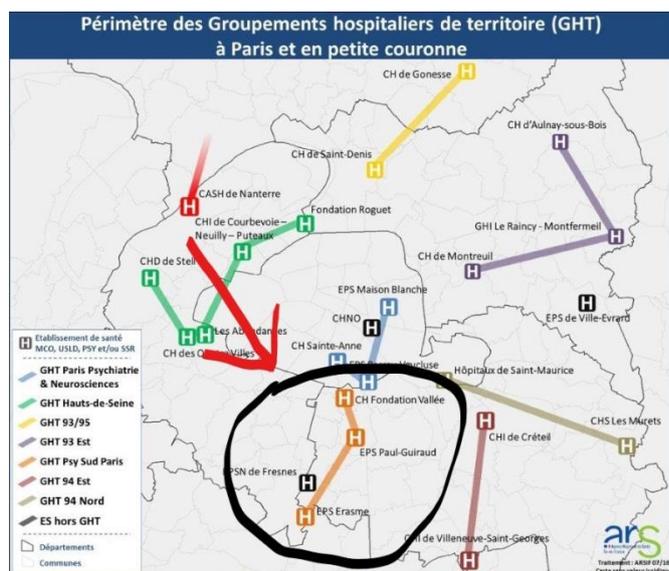
La Fondation Vallée devient alors un centre de référence moderne en matière de soins, d'enseignements, de recherches dans le domaine de l'enfant et de l'adolescent sur un dispositif sectorisé. En 1973, la vocation universitaire de l'établissement est officialisée et la Fondation Vallée est liée par convention avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bicêtre. En 1974, elle est érigée par décret en Centre Hospitalier Interdépartemental (Paris, Val de Marne, Hauts de Seine, Seine Saint-Denis) et par le secteur sanitaire 94 I 06 de Psychiatrie Infanto-Juvénile lui est rattaché couvrant l'Ouest du Département du Val de Marne : Gentilly, Arcueil, Cachan, Le Kremlin Bicêtre Villejuif, Chevilly Larue, Fresnes, l'Hay-Les-Roses, Rungis soit plus de 200 000 habitants dont plus de 50 000 âgés de 0 à 19 ans.

De 1991 à 2001, c'est le Professeur Pierre Ferrari qui prend la direction de la Fondation. Il saura développer la psychiatrie de liaison et initiera la phase de réhabilitation de plusieurs bâtiments d'hospitalisation.

Depuis 2001, dans le sillage de ses prédécesseurs, le Professeur Catherine Joussetme perpétue et consolide l'impulsion institutionnelle qui veut inclure en son mouvement théories psychodynamiques, regards croisés des soignants, apports et recherches universitaires et soutien du déploiement des pratiques intégratives à l'adresse des jeunes patients. Ce faisant, ces quinze dernières années auront également vu le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée opérer une profonde transformation physique avec la construction de nouveaux bâtiments, et une réorganisation politique avec la mise en place des pôles cliniques.

Le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée, aujourd'hui

Conformément à la loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016¹³, le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée a rejoint officiellement un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) depuis le 1^{er} juillet 2016. Le GHT Psy Sud Paris, ainsi nommé, regroupe trois établissements spécialisés en psychiatrie : le GH Paul Guiraud à Villejuif, le CH de la Fondation Vallée à Gentilly pour le Val de Marne, et l'EPS Érasme à Anthony dans les Hauts-de-Seine.



Source ARS Ile de France

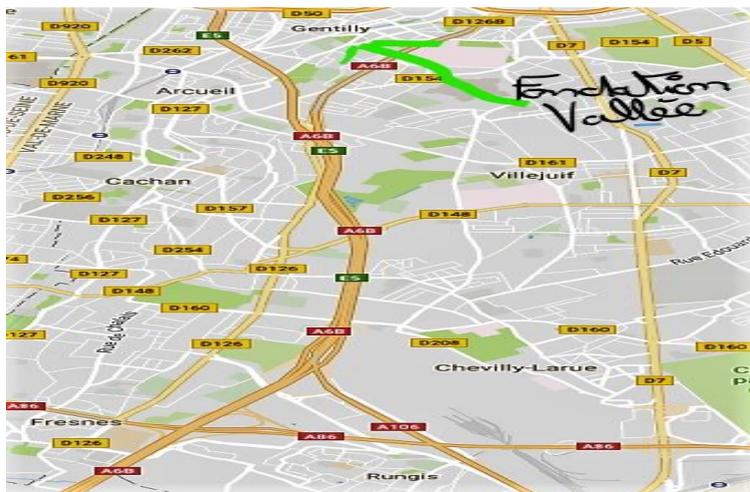
Fort de 2300 salariés, l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif couvre 11 secteurs de psychiatrie et a été désigné établissement support du GHT avec un budget moyen de fonctionnement de 165 millions d'euros. L'hôpital Érasme à Anthony assure une activité consacrée à 6 secteurs de psychiatrie et emploie près de 600 personnes pour un budget d'à peu près 35 millions d'euros. Consciente de sa singularité et de la masse critique qui la distinguent en termes de taille et de moyens des deux autres établissements de son GHT, la Fondation Vallée, ses 300 agents, ses 25 millions d'euros, se sait cependant inscrite au sein d'un groupement consacré essentiellement à la psychiatrie. Cette particularité qui

¹³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

concerne seulement 15 GHT en France, est perçue à tort ou à raison comme un gage de protection du point de vue de l'égalité de traitement économique dédié aux trois structures spécialisées. En effet, les craintes d'un mix financier et le risque d'une « déviation de budget » qui aurait opéré à la défaveur de la psychiatrie, ont pointé à l'évocation d'une association psychiatrie/Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) : l'enveloppe globale de l'établissement spécialisé devenant tout à coup variable d'ajustement d'une politique où la tarification à l'activité (T2A) qualifierait une gestion déficitaire¹⁴.

Ce GHT mono-spécialité devrait être également la garantie d'une plus grande régulation et compréhension des parcours de soins pour les patients. Fondement identitaire du GHT, les premiers projets médicaux partagés, en dépit des échéances courtes (nécessité d'existence au 1^{er} juillet 2016), se sont d'ailleurs rapidement agrégés autour de plusieurs axes fédérateurs : articulation des prises en charge, activités spécifiques au territoire, partage des visions thérapeutiques.

Le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée offre donc aujourd'hui un dispositif d'accueil et de prise en charge dédié à la psychiatrie infanto-juvénile, circonscrit à l'inter-secteur 94I06, à savoir un territoire du Val de Marne ouest qui s'étend de la ville de Gentilly au nord à celle de Rungis au sud.



À partir d'un site d'une capacité d'accueil de 166 lits et places d'hospitalisation, deux pôles cliniques se partagent l'ensemble de ces moyens : un pôle dit « enfants » accueille les patients de 0 à 12 ans sur 4 unités d'hospitalisation, un autre dit « adolescents » reçoit les patients de 12 à 18 ans au moyen de 7 unités d'hospitalisation, dont une consacrée aux urgences 24/24 et basée à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre. Cette organisation est complétée en amont par un travail de secteur construit à partir de lieux de consultations, d'évaluations et d'orientations que sont les Centres médico-psychologiques (CMP) au nombre de 4. Il est à noter les autres structures moins ordinaires qui

¹⁴ Hospimédia du 02/11/2015, in psyzoom.blogspot.fr

complètent cet ensemble : un service d'accueil familial thérapeutique (SAFT) de 6 places, un centre thérapeutique du tout petit (CTTP) et un centre de diagnostique autisme (CDA). Enfin, un dernier pôle, transversal aux deux premiers, se charge de la liaison et du travail de recherche universitaire.

Un peu plus de 300 agents, paramédicaux, administratifs et techniques, une trentaine de postes médicaux sont affectés à cet ensemble. Une spécificité importante permet l'inclusion au sein de la Fondation Vallée d'un groupe scolaire intégré, rattaché à l'Éducation Nationale, qui mobilise quant à lui une vingtaine d'enseignants.

Cette présentation faite, il nous est nécessaire désormais de situer le Centre Hospitalier du point de vue d'une sociologie de l'organisation. Au sein de quelle culture d'établissement et comment cette culture accueillerait-elle la notion de changement, telles sont les parties qui seront développées ci-après.

1.1 La culture d'établissement

1.1.1 Origines

La culture d'un établissement ou d'une institution repose sur un ensemble d'éléments, dont les individus et leur identité, objets d'étude par exemple du sociologue de Dauphine, Norbert Alter. Il décrit le processus complexe qui produit la sphère plastique de l'identité professionnelle¹⁵ : histoire(s), groupes d'acteurs, conception du travail, jeux d'identification, de différenciation s'imbriquent pour créer les frontières de cultures des métiers. L'hôpital est alors collecteur du réseau de ces cultures et de ces acteurs¹⁶. Il est dorénavant considéré comme un tout, une entité : économique, juridique, sociale, culturelle. C'est une entreprise au sens sociologique du terme. À chaque décennie (60',70', 80') sa dimension de la représentation de l'entreprise : la stratégie d'entreprise (sa finalité, sa mission, ses buts), la structure de l'entreprise (son organisation et sa coordination internes), la culture d'entreprise (les croyances, les valeurs communes, les identités au travail donnant une « âme » à tout)¹⁷.

Le phénomène de culture d'entreprise a longtemps été occulté, à fortiori celui de culture d'établissement de santé. L'intérêt est venu de ce que les stratégies les plus cohérentes et les structures les plus cohésives sont parfois tenues en échec par une cause résiduelle obscure, souvent baptisée « résistance au changement ». Ce résidu a été renommé de manière plus neutre « culture d'entreprise ». Cette culture est faite des mentalités, des mœurs, des croyances qui caractérisent les membres d'une grande entreprise. Elle constitue aussi bien une faiblesse qu'une force pour l'entreprise. La politique générale de l'hôpital devient l'art de rendre compatible les trois facettes stratégie/structure/culture. Cela ne va pas de soi car chaque élément a sa dynamique propre : la stratégie part des acteurs et peut se reformuler rapidement, la structure caractérise l'hôpital et présente une certaine inertie, la culture évolue lentement et a des conséquences hors du cadre de l'hôpital. Selon Maurice Thévenet, professeur au CNAM, on relève plusieurs paradoxes dans le concept de culture d'entreprise. Le paradoxe du succès, évoquant un concept positif, valorisant (projet d'entreprise, système de valeurs) même si parfois un peu vague. Le paradoxe de la mode, ce qui lui dénie toute pertinence et raison d'être. Il s'agit donc d'un concept qui intéresse ou irrite. Un autre paradoxe est celui du management qui est confronté à une problématique majeure qui est le changement. Le jour où les entreprises ne savent plus ce que sont leurs activités et leurs structures futures, elles s'interrogent sur ce qui évoque la pérennité, l'absence ou la lenteur du changement : la culture de l'entreprise¹⁸.

¹⁵ ALTER N., 2006, *Sociologie du monde du travail*, Paris : PUF

¹⁶ MORIN JM., 1999, *Sociologie de l'entreprise*, Paris : Que sais-je ?, PUF

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ THÉVENET M., 1993, *La culture d'entreprise*, Paris : Que sais-je ? PUF

1.1.2 La culture à l'hôpital

On remarque qu'il coexiste au sein d'un établissement public de santé une logique de service public et une logique d'entreprise. Jusqu'à présent, la culture dominante était la culture de service qui supplantait la culture hospitalière. Ceci exprimait un cloisonnement renforcé par des cultures corporatistes auxquelles s'ajoutait un fort sentiment d'appartenance. Comme l'a décrit Mintzberg¹⁹, l'hôpital était une bureaucratie professionnelle, au gré des réformes en passation de devenir une organisation en pôles avec un partage et un transfert, des dirigeants vers les médecins et à nouveau des médecins vers les dirigeants. La culture d'établissement peut être perçue selon les trois niveaux liés entre eux décrits par Edgar H. Schein : les postulats fondamentaux (les croyances sur les relations entre l'homme et l'environnement), les valeurs (les idéologies et les voies pour y parvenir), les artefacts (la langue, la technologie et l'organisation sociale)²⁰.

On retrouve à l'hôpital les deux propriétés de la culture qui sont l'adaptation de l'organisation à l'environnement externe et l'intégration interne. Les groupes déterminent les critères pour l'acquisition et la distribution du pouvoir, les règles et les relations entre les membres et l'idéologie donne sens aux événements organisationnels. Au demeurant, le groupe génère un ensemble de signes et de tropismes qui est un code de reconnaissance et d'identification au groupe. Les notions de culture et d'identité se réfèrent alors à deux niveaux essentiels de la vie du groupe. S'il est possible d'aménager une culture, il est en revanche impossible de gouverner un hôpital opposé à son identité. Ainsi dans le cadre d'un changement de recueil des pratiques, les notions de culture et d'identité doivent être prises en considération, notamment lors de la phase d'intégration du nouvel outil pour mieux gérer les changements.

1.1.3 Le Centre hospitalier de la Fondation Vallée, un modèle *adhocratique* de l'organisation hospitalière ?

Depuis ces 30 dernières années, l'évolution de nos organisations s'est développée selon différents modèles. Structurés autour de deux axes principaux, le premier dit « flexibilité et rigidité » et le second dit « système fermé et système ouvert », nos organisations ont évolué et évoluent au travers de plusieurs stades²¹.

Celle de la « bureaucratie » tout d'abord, où la rigidité, la vision à court terme et la mise en place de système plutôt fermé sont coordonnés principalement par l'existence et le respect de règles fortes et appliquées.

Dans les années 80, des organisations se sont développées, afin de s'adapter à l'évolution du marché, où la loyauté reste le cœur du fonctionnement. Ces structures avec une plus grande flexibilité et pour lesquelles la vision s'est façonnée sur du plus long terme se caractérisent par un modèle où la force du «

¹⁹ In DUMOND J. P., Cours 2014, *Les Organisations de santé, « La Grande Transformation »*

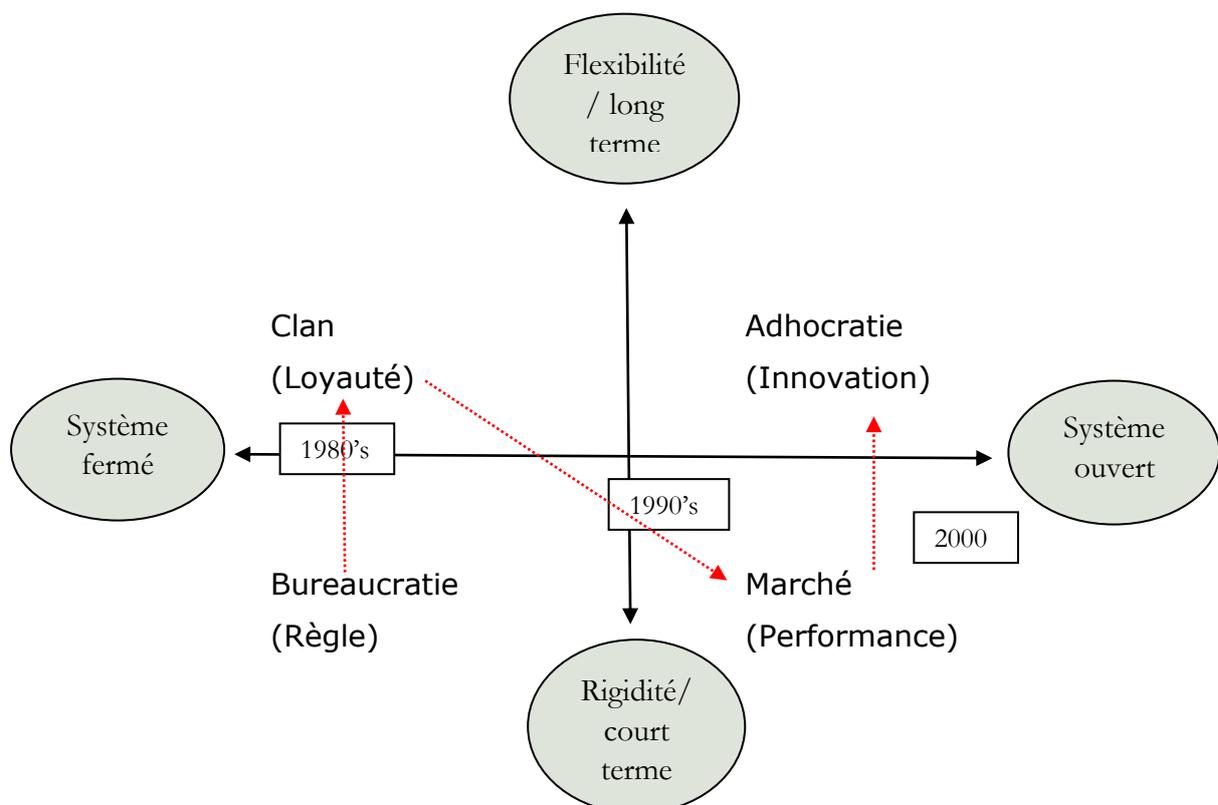
²⁰ In Le changement de la culture d'entreprise : *Quelles (s) contributions (s) des relations sociales* Mémoire d'expertise MBA MRH, Paris Dauphine, Berland N. 2014, document en ligne http://mba-rh.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/site/mba_rh/pdf/Travaux_anciens/Memoire_Dauphine_Culture_Relations_sociales.pdf

²¹ In DUMOND J. P., Cours 2014, *Les Organisations de santé, « La Grande Transformation »*

clan » est prépondérante. Dans les années 90, d'organisations fermées nous sommes passés à des organisations plus ouvertes mais qui ont aussi réduit leurs champs de vision sur du plus court terme afin de répondre à la pression du marché. Ces organisations sont dites de type « marché », elles ont d'avantage recherché la performance. Ce n'est que dans les années 90 que se sont développées des structures plus flexibles du fait de règles plus souples. Ce sont des modèles ouverts recherchant plutôt l'innovation. Ces organisations ont été identifiées comme des modèles « *adhocratiques* »²². Il est aussi largement décrit comme suit²³ « *le mécanisme de coordination principale est l'ajustement mutuel des opérateurs au sein des univers spécialisés où ils sont regroupés, et au sein des projets finalisés qu'ils sont chargés de conduire transversalement. La structure des adhocraties doit être flexible, organique et se renouvelle en d'elle-même* »... « *Dans l'adhocratie, il y a abondance de responsables mais ceux-ci ne donne pas de directives, ce sont des experts parmi les experts qui participent avec les autres au travail effectué en consacrant une partie importante de leur temps à entretenir les négociations et les mécanismes de liaisons nécessaires à la coordination transversale. Il y a une distribution plus égalitaire du pouvoir entre toutes les parties de l'organisation.* ».

Le schéma ci-dessous reprend l'ensemble l'évolution des modèles d'entreprises.
D'après « Évolution des cultures d'entreprise » – sources C.H. Besseyre des horts – HEC²⁴

Évolution des cultures d'entreprises



²² *Ibid.*

²³ DÉTRIE J.P., 2005, *Stratégor : Politique générale de l'entreprise*, Paris, Dunod

²⁴ In BAZIN A., avril 2009, *Nouvelles technologies et technologies mobiles : un levier de la performance organisationnelle et de développement du domaine RH/e-RH ?* HEC, Paris, *La décentralisation des hôpitaux: un enjeu pour la gestion des ressources humaines*, Hospitals.be, n° 246

On peut ainsi se poser la question du modèle de l'hôpital, que l'on qualifie généralement de bureaucratique au sens du respect de la « règle » et du respect des « procédures » mais ce serait ignorer le travail en équipe autour de la prise en charge des patients que Durieux qualifie d'*adhocratique*²⁵. L'équipe tout entière, médecins, infirmières, aide soignants, est généralement à la recherche d'une solution personnalisée pour répondre spécifiquement aux besoins du patient/client. Ce type d'organisation nécessite un ajustement permanent, certes soutenus par un certain nombre de procédures bien rodées mais ne couvrant pas toujours l'ensemble des besoins. Les services des urgences se trouvent bien souvent dans ce type d'organisation.

Le Centre hospitalier de la Fondation Vallée pourrait se reconnaître dans un modèle organisationnel qui semble se rapprocher de celui fondé sur l'ajustement mutuel, une "organisation plurielle ajustée"²⁶ où des entités autonomes mises en interdépendance autour d'un processus de création de valeur, accompagnent souvent et confortent les synergies.

Son organisation, obligation de gestion et obligation de soin, son fonctionnement par unité, mais également sa décentralisation verticale et horizontale généralement élevée, en font une structure particulière qu'il est intéressant de rapprocher de la structure réseau souvent qualifiée comme « *un ensemble organisé et mouvant d'entités autonomes placées dans des liens d'interdépendance et unies par la volonté d'atteindre un but ou objectifs communs de création de valeur* »²⁷.

Cette forme émergente est indispensable aux environnements complexes, changeants où la standardisation n'est pas la seule option efficace. Les décisions sont dans ce cas pour partie décentralisées.

Si l'on reprend la notion d'environnement complexe, là encore, le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée se distingue à plusieurs endroits.

Une marque historique, on l'a vu, a conduit la Fondation Vallée à soutenir une activité dédiée à la prise en charge infanto-juvénile. Spécialisation elle-même conditionnée à une autre spécialité, la psychiatrie. La forte empreinte médicale à l'origine du modèle identitaire de la Fondation s'est complétée au cours des années des apports liés aux courants à la fois organisationnels, politiques et théoriques. Influencée fortement par les dispositifs de la psychothérapie institutionnelle, la politique de secteur et les conversions successives en matière d'organisation des services, la Fondation Vallée ne cède en rien au fameux résiduel culturel qui la voit avant tout être absolument incomparable. Ce noyau dur qui pense l'exception se fonde sur un ressenti exprimé par une majorité de personnel de la Fondation mais aussi sur une ligne d'orientation thérapeutique qui argue perpétuellement de sa singularité : dernier lieu connu en termes de capacité d'accueil des enfants, forte revendication des collègues professionnels, fort marquage théorique étayé par la psychanalyse, management des unités tri-dimensionné (médecin-cadres-psychologues), groupe scolaire intégré à l'hôpital.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ PICHULT F., NIZET J., 1995, *Comprendre les organisations : Mintzberg à l'épreuve des faits*, MORIN

²⁷ *Ibid.*

Aujourd'hui, du point de vue de l'organisation structurelle de la Fondation Vallée, nous pouvons sans grande difficulté identifier que celle-ci est caractérisée par son modèle en pôles mais également par une décentralisation verticale et horizontale généralement élevée. Mais, s'il est vrai qu'un certain nombre d'acteurs internes disposent de plus d'autonomie et de responsabilité (c'est le cas notamment des trios de gestion des pôles, du corps médical et de certaines fonctions collégiales), ceci ne s'applique pas pour d'autres catégories de profession où la ligne et la direction centralisée prédominent (à l'image des services de soins et techniques). Cette organisation décentralisée, avec un modèle privilégiant l'activité autonome, soulève ainsi plusieurs difficultés. La coopération entre les collaborateurs et l'ensemble des acteurs de l'organisation, la cohésion entre les personnes assurant la prise en charge des patients, mais également la cohérence voire l'efficacité des processus de soins ou de gestion (généralement transversaux) et des outils utilisés par tous.

Le modèle de l'hôpital semble ainsi avoir besoin d'innover et de créer de nouveaux systèmes d'interactions entre les acteurs et processus. Si cette autonomie, du fait du passage en structure polaire, peut être jugée comme un atout majeur en termes d'implication et d'expertise, elle a pu aussi être perçue comme un frein en termes de coopération. Le fonctionnement bureaucratique des équipes administratives et de soins, par exemple, ne favorisent pas non plus la mise en place d'une organisation flexible et « autonome ».

Certains²⁸ évoquent même la nécessité de redéfinir la place de la hiérarchie, des fonctions experts et plus généralement des « acteurs » du processus de soin ou de gestion. La solution ne serait-elle pas au développement de fonctions d'avantage orientées sur la négociation et omniprésentes pour garantir la cohésion des acteurs ?

Alors, structurellement, culturellement, les décentralisations des pouvoirs au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée permettent-elles à ce dernier d'accueillir sans coups férir, une transformation majeure comme celle du Dossier Patient Informatisé ? Le changement aurait-il à se débattre avec une inévitable résistance ?

²⁸ DURIEUX D., *La décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines*, Hospitals.be, mars 2001, n°246

1.2 Éloge de la résistance

1.2.1 S'il faut changer...

Aborder, une fois de plus, la thématique glissante du changement et de ses consubstantielles résistances, peut s'avérer rébarbatif et se risque à une reformulation peu originale. Néanmoins, nous ne pouvons tout à fait nous dispenser d'une certaine approche, tant le remplacement du Dossier papier par un Dossier informatisé dans un hôpital, aurait des difficultés à ne pas être perçu comme un changement, et ceci, pour l'ensemble de la communauté des soignants ! Tel Janus²⁹, le changement offre semble-t-il deux visages : l'un engage à l'amélioration, l'autre suggère l'altération. Couplé au progrès et à la modernisation, souvent objectifs implicites des organisations, le changement devrait être, à priori, être l'opportunité à ne pas manquer pour rassembler acteurs de tout acabit. Slogan d'un candidat à présidentielle française de 2012³⁰, le changement formule de lui-même la condition sine qua non du chemin vers un état meilleur, et paradoxalement, ce même changement entraîne une perte des repères qui se révèlent justement indispensables à produire du sens au changement !³¹ Au demeurant, le concept de changement, antienne politique et économique, a pris les atours d'une injonction permanente³² qui prête à toute forme d'inertie qui le contesterait des intentions mortifères. Il nous est demandé, en qualité de citoyens comme de professionnels de santé, d'intégrer les étapes du changement au sein même de nos pratiques : choc, incrédulité, rejet et prise de conscience³³. En souhaitant qu'à la fin du processus les acteurs aient réaménagé leur vision du monde et d'eux-mêmes...

Une école sociologique américaine du changement organisationnel veut que les organisations soient par nature récalcitrantes au changement : leurs structures, leur histoire, leur culture sont considérées comme autant d'inéluctables freins au changement. Cette théorie est portée par exemple par Michael Hannan et John Freeman, dans leur article princeps intitulé « *Structural inertia and organizational change* »³⁴. En appliquant les lois de la sélection naturelle aux organisations, en étudiant de façon très mathématisée des populations d'organisation, en reliant les taux de naissance et de décès aux évolutions de l'environnement dans divers secteurs de la vie économique et

²⁹ Dans la mythologie romaine, **Janus** est un dieu à une tête mais deux visages opposés, gardien des passages et des croisements, divinité du changement, de la transition, auquel le mois de janvier est consacré

³⁰ « *Le changement, c'est maintenant !* », slogan de la campagne présidentielle 2012 de François Hollande

³¹ CLAUDE J.F., « *le changement entraîne la perte des repères alors que ces repères sont justement nécessaires pour donner du sens au changement et ainsi favoriser pour le salarié le développement du sentiment d'appartenance à une structure qui sera différenciée d'une autre* »

2003, *Le management par les valeurs, l'appartenance à l'entreprise*, Paris : Liaisons, p.11

³² DRUCKER P., « *Le changement serait devenu la norme, la stabilité l'exception.* » mai 2000, *L'avenir du management*, éditions Village Mondial

³³ AUTISSIER D., MOUTOT J.M., 2003, *Méthode de conduite de changement*, Diagnostic, Accompagnement, Pilotage, Dunod

³⁴ HANNAN M., FREEMAN J., « *Structural inertia and organizational change* », *American sociological Review*, n°29, 1984, pp.149-164

sociale, les auteurs en déduisent qu'il y aurait une incapacité des organisations à changer rapidement leurs structures ou même à les changer de façon graduelle. Elles seraient victimes de leur succès et auraient en fait énormément de mal à percevoir les évolutions de leur environnement et à renoncer à une structure qui a longtemps bien marché. Comme avec Darwin, on en arrive à l'idée que l'évolution se fait un peu contingente.

Principe de réalité, le processus se trouve parfois bloqué et les acteurs sont alors incapables de redéfinir la situation. Les réflexes défensifs prennent alors le dessus et le passé se mythifie pour devenir l'argument du mieux. Dénier du problème, refoulement, évitement, les principales raisons qui poussent à résister sont à la fois psychologiques et économiques. Les motifs psychologiques revêtent la forme de la peur de l'inconnu, la crainte de perdre les acquis, la remise en cause des compétences ou l'instabilité. Face aux difficultés engendrées par un changement d'organisation, les directions invoquent spontanément la « résistance au changement » des salariés. Mais une autre école sociologique montre que les gens peuvent légitimement avancer des raisons à ne pas vouloir changer³⁵. D'un côté, un hôpital voudrait des changements d'organisation, de l'autre, des cadres évoqueraient les nombreux obstacles qu'ils rencontrent pour progresser vers ce changement. Confrontés à la « résistance » des soignants dont ils ne comprennent pas la réaction, les « Directions », toutes intentions confondues, en viennent hâtivement à exciper d'une résistance de principe au changement. Au point que cette résistance au changement est devenue un courant anthropologique qui se fixerait à la nature humaine. Les soignants supposés résister ont peut-être une forme de demande de changement dont ils ne font jamais part et il est fort à parier que les notions de changement qu'ils avanceraient ne seraient pas tout à fait les mêmes que celles de leurs hiérarchies. C'est donc bien en amont que le dialogue et la négociation entre les différentes demandes de changement sont scellés, souvent dès le départ du fait même de ce préjugé déposé de la résistance anthropologique au changement !³⁶ Déjà, il y a plus de 40 ans, le sociologue Michel Crozier parlait de la rigidité du système bureaucratique et révélait les jeux de pouvoir qu'il fallait en comprendre³⁷. D'autres, parmi ses pairs, les sociologues Henri Mendras et Michel Forsé avaient essentialisé autrement le phénomène : « *Dans les entreprises (...), ceux qui veulent introduire une innovation voient le problème en termes de résistance "naturelle" d'exécutants qui seraient dérangés dans leurs habitudes, leurs coutumes, etc. Or, les acteurs ne sont pas attachés de façon passive à leur routine : tout le monde est prêt à changer rapidement s'il y trouve son compte, mais en revanche, on résistera en fonction des risques encourus avec le changement.*³⁸»

³⁵ De CONINCK F., 1998, *Les bonnes raisons de résister au changement*, Revue française de gestion, septembre-octobre

³⁶ *Ibid.*

³⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Seuil Points, 1977, 2014

³⁸ MENDRAS H., FORSE M., *Le changement social*, Paris : Armand Colin, 1983

...il faut de bonnes raisons...

C'est ainsi qu'il n'est aucune raison de vouloir changer lorsque l'on considère que son exercice socio-professionnel a fait ses preuves et conditionne un équilibre vital. De surcroît, lorsque les desseins du changement sont vécus comme une volonté extérieure unilatérale, exempte de négociations, la menace disruptive est d'autant plus forte. Avant d'énoncer la thèse de la résistance au changement comme principale entrave au développement d'un projet, la recherche d'un compromis entre des intérêts divergents pourrait être un des préalables conditionnels. À l'hôpital, comme dans toute entreprise, le compromis est l'occasion de faire émerger les bénéfices dont pourraient tirer profit les personnels ciblés par le changement. Chacun doit y retrouver une partie de son compte. Selon certaines équipes soignantes³⁹, l'étape de la négociation au changement est dans l'ensemble négligée par les directions : communication sommaire, ou réservée aux instances décisionnaires, faiblesse de la pédagogie ou caricature de l'annonce quand le changement est agrafé sous forme de notice aux bulletins de salaire ou débarqué comme argument de survie. Alors on peut craindre l'immobilité qui s'apparente plus à ce que les psychologues appellent, justement, « résistance » : un retrait par rapport à l'action, plus qu'une opposition franche⁴⁰.

... cela doit se faire justement...

Selon F. de Coninck encore⁴¹, il faut que chacun soit persuadé que le changement s'effectue selon le principe d'une certaine justice. La crainte d'être sacrifié ou marginalisé, est au cœur de la résistance au changement d'organisation. La mise au ban, l'éviction, la dégradation, le déclassement, redoutés parce qu'annonceurs d'une inutilité prochaine pour les catégories concernées, submergent et modifient défavorablement le paysage relationnel : « *Si l'organisation du travail n'est pas porteuse d'un intérêt personnalisé, ça ne marche pas* »⁴².

La crainte d'un même sort funeste envahit les communautés de travail : ce qui est arrivé à certains pourrait arriver à tous. Les rapports de force spontanés se développent au sein des équipes, provoquent la perte du sentiment de justice et une méfiance survient là où une solidarité d'action prévalait alors. Ce sentiment d'injustice trouve son paroxysme, lorsque les acteurs constatent que leur hôpital fait preuve d'une arrogante solidité, alors que leur propre avenir est incertain. L'engagement dans le temps de l'hôpital semble se prononcer sans

³⁹ In Infirmiers.com, *Les infirmiers, réfractaires au changement ?*, 25.02.2014, <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/etudiants-en-ifs/infirmiers-refractaires-changement.html>

⁴⁰ VAN DE VELDE B., VAS A., *La résistance au changement revisitée du top management à la base*, IXème Conférence Internationale de Management Stratégique, document en ligne, p.3 <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/14-ixeme-conference-de-l-aims/communications/2505-la-resistance-au-changement-revisitee-du-top-management-a-la-base-une-etude-exploratoire/download>

⁴¹ De CONINCK F., 1998, *Les bonnes raisons de résister au changement*, Revue française de gestion, septembre-octobre

⁴² MARCHAND X., 2016.2017, *Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail*, S1 ESM

eux. À partir de cette notion de justice, Coninck toujours, soulève les questions de l'arbitrage et de l'énonciation des règles d'une part, et de la reconnaissance concrète et pratique de la valeur de chacun d'autre part. Rassemblée dans un faisceau systémique où convergent jeux d'intérêts et perceptions de la justice, la motivation des soignants est brouillée par la politique du court terme, règle gestionnaire de plus en plus perçue à l'hôpital. Et la motivation est affaire de long terme. Les soignants sont à priori plus susceptibles de s'investir dans les projets qui leur paraissent durables.

Les passifs et antécédents de projets bradés, non aboutis, de lendemains qui ne chantent que brièvement, restent pour longtemps en mémoire collective. Symboliquement et psychiquement, les injustices marquent profondément la communauté des soignants. L'institution ou l'hôpital qui opte pour une démarche de changement doit semble-t-il inclure dans son processus, la part de temps nécessaire à la compréhension des craintes pour montrer d'une façon authentique ce qu'elle investit sur chacun.

...et en bonne négociation.

Cet avant-goût s'efforce de plaider et montrer que les résistances qui se font jour sont, au moins pour une large part, tout à fait compréhensibles, pour ne pas dire justifiées. Nous avons dit que seule une négociation assez fine permettrait de surmonter les blocages qui surviennent. Dans le champ des intérêts et de la justice on est plus proche de ce que l'on a l'habitude de négocier dans l'espace public. Certes, il ne faut pas confondre la vie politique et le monde hiérarchisé de l'hôpital, mais une partie de ce qui prévaut dans l'espace public doit trouver sa place dans l'hôpital. On n'est pas encore tout à fait dans le débat public, où chaque citoyen peut donner son avis sur un pied d'égalité, mais on s'en approche. Enfin, dans le champ des motivations, on se trouve peut-être face à ce qui se révèle le plus difficile pour les hôpitaux, aujourd'hui soumis par les réformes à la pression du court terme : avoir du temps et en donner. Un cadre dirigeant, nous racontant l'histoire des changements d'organisation qu'il avait pilotés dans son hôpital, disait qu'une part importante de son travail avait été de négocier du temps avec sa hiérarchie.

Tout cela semble bien exigeant, mais l'apport de la sociologie compréhensive est, ici, de montrer le caractère quasiment incontournable de ces points sensibles. La tentation du passage en force existe, et nous la rencontrons régulièrement sur le terrain. Pour ce que nous avons pu en voir, elle est, la plupart du temps, vouée à l'échec.

1.3 Mais quel changement doit-on attendre ?

Que risque donc la communauté soignante à l'approche de la météorite numérique ? Jacques Ellul, sociologue et penseur de la technique nous dit : « *la technique, un vaste ensemble de moyens assignés chacun à une fin* »⁴³. L'idée force de son travail révèle que ce n'est pas la technique qui nous asservit par elle-même, mais le « sacré » transféré à la technique. Pendant de cette sacralisation, chaque innovation technique contient les conditions de la possibilité de ses échecs. Et cette double occurrence devient l'occasion d'une course fantasmagique entre maux et remèdes. Paul Virilio, lui aussi sociologue de renom et commissaire de l'exposition « *Ce qui arrive* » à la Fondation Cartier en 2002 à Paris, nous décrit précisément cette dialectique : « *Inventer le navire, c'est inventer le naufrage, l'avion le crash, et le train la catastrophe ferroviaire* ». L'invention n'est plus la condition de possibilité d'un progrès mais celle d'un accident, donc d'une régression. « *Nous sommes désormais dans l'attente de l'Accident, l'accident intégral* »⁴⁴

Sans vouloir présupposer d'une réaction groupale qui inhiberait toute velléité de changement, ni faire de procès d'intention aux soignants qui vont accueillir le DPI, les recherches en Systèmes d'Information (SI) ont montré que la dynamique d'appropriation de nouveaux dispositifs technologiques peut s'accompagner d'une redéfinition profonde de l'organisation⁴⁵ : l'innovation technologique peut ainsi produire l'assise de la transformation organisationnelle et non pas en être le simple élément intégrable, neutralisé par l'organisation. La transformation organisationnelle est entendue ici comme un processus de changement d'état de l'organisation pouvant affecter sa structure, son positionnement, ses produits, ses compétences ou encore ses missions. L'incertitude et la complexité du processus aidant, les écarts entre les représentations stratégiques de la transformation et les accomplissements matériels sont parfois grands. Si la transformation approche le cœur et donc les missions de l'organisation, son effet sera d'autant plus retentissant, proportionnel au degré d'inertie organisationnelle⁴⁶. C'est ainsi que se distingue ce qui va être une simple évolution de ce qui va prendre les formes d'une révolution.

Alors, de quel principe relève la transition numérique à l'hôpital ? Simple aménagement ou coup d'état ? Comme souvent, la réponse se trouve peut-être dans un intermédiaire complexe. Une théorie assez séduisante dite de « l'équilibre ponctué »⁴⁷ peut porter un éclairage intéressant. Ce courant théorique postule que les systèmes et, *in fine*, les organisations ne mutent pas selon une succession d'étapes ou selon une logique gradualiste. L'évolution se réalise par l'alternance de longs intervalles de changement « convergent » et de

⁴³ ELLUL J., 2012, *Le système technicien*, Cherche Midi

⁴⁴ VIRILIO P., 2005, *L'accident originel*, Galilée

⁴⁵ *Strategic Alignment. Leveraging information technology for transforming organizations.* Henderson-Venkatraman. IBM Systems Journal. Octobre 1993

⁴⁶ HANNAN M., FREEMAN J., 1984, « *Structural inertia and organizational change* », *American sociological Review*, n°29, pp.149-164

⁴⁷ TUSHMAN M.L., ROMANELLI E., 1985, « *Organizational evolution: Ametamorphosis model of convergence and reorientation.* » In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior*. Greenwich, CT: JAI Press, pp. 171-222

courts intervalles de changement « divergent » modifiant la structure profonde de l'organisation. Les systèmes se transforment à travers une alternance de périodes d'équilibre, durant lesquelles leurs structures sous-jacentes persistent et permettent uniquement des changements incrémentaux, imperceptibles, et des périodes de révolution durant lesquelles leurs structures profondes sont fondamentalement altérées. Une phase de transformation radicale est identifiable dès lors que les dimensions de la structure profonde d'une organisation ou d'un système sont modifiées parallèlement et de façon importante. Ces dimensions concernent la culture, la répartition du pouvoir, l'organisation, les systèmes de contrôle et les systèmes de pilotage de la performance. La structure profonde peut ainsi rester stable sur de longues périodes sous l'influence d'une configuration d'équilibre des forces renforçant les choix initiaux. Devant un système sociotechnique inédit, plusieurs sources d'inertie peuvent favoriser le renforcement de la structure profonde : l'inertie psychologique caractérisée par la peur d'apprendre, l'inertie cognitive associée aux valeurs et normes partagées et défendues par les acteurs, l'inertie sociotechnique liée à la dépendance de filières et à l'interdépendance des systèmes techniques et organisationnels, l'inertie politique déterminée par la distribution du pouvoir, et, enfin, l'inertie économique liée aux difficultés d'investissement et de réallocation des ressources⁴⁸.

Si ces inerties se levaient partiellement, les conséquences en seraient très certainement une transformation et une réorganisation des pratiques soignantes (techniquement), mais aussi et de façon plus sourde, une redistribution des formes du pouvoir. Michel Serres explique en quoi les nouvelles technologies redéfinissent la circulation de l'information⁴⁹. Afin de l'illustrer, il prend pour exemple le schéma traditionnel de la Tour Eiffel, seul amplificateur de la diffusion de l'information qui opérait avant l'avènement du numérique : un émetteur couvrait des milliers des récepteurs. Ce schéma cède le pas à la forme en réseau : il y a désormais autant d'émetteurs que de récepteurs, autant de décideurs que de sujets. Le pouvoir, du haut de sa Tour Eiffel, était visible. Dans le réseau le pouvoir est indistinct. Cette horizontalité de production d'information est une fonction intrinsèque et substantielle du DPI. La communauté soignante a-t-elle conscience ou énonce-t-elle déjà ce nouveau pouvoir ?

⁴⁸ HANNAN M., FREEMAN J., 1984, « *Structural inertia and organizational change* », *American sociological Review*, n°29, pp.149-164

⁴⁹ France Culture, Les Discussions du soir, Frédéric Worms, *La révolution de l'information*, 09.01.2017, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-discussions-du-soir-avec-frederic-worms/la-revolution-de-linformation?xtmc=michel-serres&xtnp=1&xtcr=3>

1.4 Au seuil de l'hôpital réseau ?

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé) et l'institut Ipsos ont fait paraître une enquête en janvier 2017⁵⁰ dont les résultats, dévoilés démontrent que les technologies numériques ont infiltré une partie de l'environnement de travail des médecins et des professionnels de santé : sur les 500 professionnels de santé interrogés 92% considèrent que la place des technologies numériques "a fortement augmenté ces dernières années". 96% des médecins généralistes déclarent ainsi disposer d'un logiciel informatique pour la gestion des patients et 86% des médecins spécialistes hospitaliers avoir accès au dossier patient informatisé. "Premier enseignement de cette enquête, les technologies numériques sont incontournables aujourd'hui dans l'exercice médical", et les professionnels de santé non seulement les utilisent mais les intègrent également à leur pratique. 63% sont par exemple des utilisateurs fréquents de technologies numériques. C'est-à-dire qu'ils en utilisent au moins cinq parmi : le dossier patient informatisé, les sites d'information médicale, les outils d'aide au diagnostic ou à la prescription, la télémédecine, les applications de services patients ou encore les objets connectés. 84% indiquent s'en servir pour accéder aux résultats d'analyse d'un patient et 68% pour transmettre les données d'un patient à un autre professionnel de santé. En outre, un médecin sur deux les utilise dans la relation avec ses confrères, que ce soit de ville pour les spécialistes hospitaliers ou d'hôpital pour les médecins généralistes libéraux. Cette circulation de données est l'expression même du principe réticulaire, il est vrai pour cet exemple, hors les murs de l'hôpital. Le DPI devient alors émetteur principal et partagé et pourvoyeur de réseau au sein même de l'établissement de santé.

L'entreprise-réseau

Le réseau est présenté généralement comme un ensemble de nœuds liés entre eux par des connexions. Il permet notamment de mettre en interrelation des individus, des informations ou des infrastructures et se caractérise par la prééminence des liens et des connexions sur ses éléments qui le constituent⁵¹. Dans les années 1980, on observe que les activités économiques, les choix des managers ou encore les systèmes de performance sont fortement influencés par les relations personnelles des acteurs impliqués⁵². Les connexions sociales constitutives de ces réseaux permettent en effet de compenser les situations d'incertitudes et d'instaurer la confiance dont la vie économique a besoin pour fonctionner. Réciprocité, interdépendance, complémentarité, connectivité sont autant de propriétés qui deviendront progressivement les éléments caractéristiques de l'entreprise-réseau. C'est dans ce contexte que l'expression « entreprise-réseau » permet alors de définir plus précisément des pratiques émergentes requalifiant les relations entre collègues ou entre subordonnés hiérarchiques, autonomie responsabilisation, organisation du travail. Différents auteurs ont ainsi essayé de comparer le modèle émergent d'entreprise ou d'organisation avec les modèles existants. En somme, nous pourrions dire d'une

⁵⁰ Publié le 31/01/17 - 17h55 - in Hospimédia

⁵¹ CASTELLS M., *La société en réseaux*, 2001, Paris, Fayard

⁵² In BAZIN A., avril 2009, *Nouvelles technologies et technologies mobiles : un levier de la performance organisationnelle et de développement du domaine RH/e-RH ?* HEC, Paris

d'entreprise-réseau qu'elle répond au principe adhocratique en incarnant « *un ensemble organisé et mouvant d'entités autonomes placées dans des liens d'interdépendance et unies par la volonté d'atteindre un but ou un objectif commun de création de valeur* »⁵³.

Les logiques de survenue des entreprises-réseaux

Du point de vue des entreprises, les raisons qui ont probablement incité les organisations à développer un modèle de type réseau relèvent de l'évidence économique. Selon Nizet et Pichault⁵⁴, le management stratégique et le courant contingent de la théorie des organisations établissent depuis longtemps un lien entre l'environnement, la stratégie d'une entreprise et sa structure organisationnelle.

Le besoin de développer la flexibilité des structures organisationnelles serait en quelque sorte une manière de répondre à l'instabilité croissante des marchés et à la complexification des produits et des technologies émergentes. La nécessité de contrôler les coûts également du fait de l'intensification de la concurrence et de la logique. Là encore l'organisation en réseau propose des modes plus efficaces pour structurer l'activité⁵⁵.

Appuyant cette logique de distribution, le fait d'entrer dans une ère économique où les réseaux d'information, d'échanges de données, de construction de savoirs se trouvent fortement soutenus par de nouvelles technologies, en dehors des repères « temps » et « d'espace » connus, renforce le développement de nouvelles formes organisationnelles. Et ces dernières sont sources de nouveaux comportements sociaux.

Le fonctionnement bureaucratique des équipes administratives et de soins ne favorise pas la mise en place d'une organisation flexible et « autonome ». Le modèle de l'hôpital pourrait innover et créer de nouveaux systèmes d'interactions entre les acteurs et processus.

Enfin, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) étant généralement évaluées comme une source d'efficacité pour les organisations qui les ont mises en place, sont aussi présentées comme indissociables de la logique organisationnelle de type réseau. Qu'en est-il pour l'hôpital et pour le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée ?

Des avantages pour l'organisation de l'hôpital ?

Rapportons à l'hôpital ce cercle vertueux généré par un réseau et vanté précédemment pour les entreprises. Si l'on se réfère au développement d'une flexibilité organisationnelle, le réseau devrait offrir à l'hôpital la possibilité de s'adapter plus rapidement à l'environnement. Il permettrait en outre l'émergence d'organisation virtuelle, et diminuerait le poids de la hiérarchie formelle du fait

⁵³ RORIVE B., in BAZIN A., avril 2009, *Nouvelles technologies et technologies mobiles : un levier de la performance organisationnelle et de développement du domaine RH/e-RH ?* HEC, Paris

⁵⁴ PICHULT F., *Introduction à la théorie des configurations. Du "one best way" à la diversité organisationnelle*, De Boeck, 2001, Bruxelles, <http://www.grh.hec.ulg.ac.be/cours/supports/ITO/syllabus%20ITO.pdf>

⁵⁵ FRERY F., *La chaîne et le réseau, Dedans, Dehors, les nouvelles frontières de l'organisation*, 1997, Paris, Vuibert

d'un développement substantiel des possibilités d'échanges d'informations. Hypostases de l'information, la communication et le partage des connaissances pour le pilotage du projet patient s'en trouveraient facilités, de même que la résolution de problèmes transverses.

Le réseau numérique serait également un gain de productivité en l'exemple de la suppression du support papier, de la réduction des saisies manuelles, et des erreurs de données ou encore l'optimisation des processus et fonctions administratives. Faut-il rappeler qu'il offrirait également un accès plus rapide aux informations, à un moindre coût et pour une qualité supérieure. La réactivité vis-à-vis des parties prenantes, notamment des patients serait optimisée. Imaginons également la réduction des coûts de structure et de fonctionnement : identifié comme un bénéfice indéniable c'est notamment sur les frais de structure (optimisation des temps de réunion, réduction du papier, réduction des coûts cachés, etc.) et de personnel (réduction des tâches administratives directement réalisées par les managers, etc.) que s'effectuent des économies substantielles.

Enfin, pensons à l'image de marque de l'hôpital : le réseau pourrait en effet contribuer à l'image de sa modernité. Relevé comme une dimension de professionnalisme, de transversalité disciplinaire facilitée, le fait de disposer de cet outil peut sembler également avoir un impact significatif sur la satisfaction du patient, tant il devient la garantie de l'accès rapide, unique et immédiat aux données santé qui le concernent.

1.5 Pour quels risques ?

En référence à la partie réservée à la culture d'un établissement et selon certains auteurs⁵⁶, une série de risques consécutifs à l'implantation d'un réseau informatique à l'hôpital serait à prendre en compte.

Risques et organisation

Un premier risque relatif à la culture de l'établissement fait du travail en réseau un apport susceptible d'altérer un certain nombre de valeurs fondamentales sur lesquelles un hôpital assoit son existence : management de proximité les collaborateurs, déshumanisation, évacuation du sujet pour l'objet. Ensuite, une menace serait corrélée à la sécurité des systèmes d'information, notamment du fait d'une accessibilité élargie et hors les murs de l'établissement aux données nécessaires au travail (perte, vol des données de l'hôpital, etc.). Un autre risque encore serait encore l'excès d'information, source pour certains, d'une perte de communication (excès d'e-mail, communication mal maîtrisée, la gestion des priorités etc.). La dégradation du processus de décision est également évoquée, notamment dans le cas de pressions temporelles (situations d'urgence où l'on cherche à obtenir une réponse rapide sans prendre le temps d'investiguer clairement la situation). Le risque d'ordre financier et directement

⁵⁶ BERBAIN X., MINVIELLE É., Sept. 2001, *L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage*, in *Sciences Sociales et Santé*, Vol.19, N°3

lié aux investissements conséquents nécessaires à l'implémentation de ces outils réseau est aussi avancé.

Enfin un dernier risque concerne l'éclatement progressif du collectif de travail (modification non-structurée des modèles organisationnel de rencontres, séances de travail, réunions, etc.).

Risques et individus

Concernant les individus, et selon certaines analyses⁵⁷, des risques sont évoqués comme pouvant potentiellement transformer le contenu et l'exercice d'un grand nombre de métiers mais également comme une source d'augmentation du stress. En premier lieu, est citée la rupture des frontières entre travail et non travail. Ce point peut être perçu comme particulièrement négatif dans la mesure où il pourrait agir sur les performances individuelles, l'augmentation d'une insécurité et plus généralement sur l'équilibre de vie des individus. Un autre risque fait référence au développement d'une culture de l'instantanéité : l'idée d'œuvrer pour l'outil et non plus pour le patient est souvent évoquée, avec l'obsession ne pas oublier de noter rapidement sa pratique au risque de voir cette dernière exempte d'analyse et métabolisation. Un danger potentiel concerne la surcharge informationnelle pour l'hôpital liée au développement du DPI mais aussi d'une messagerie et d'un agenda professionnel et d'un manque de discipline et de règles dans la gestion de la profusion d'informations. Les analyses déjà convoquées⁵⁸ font également part de la crainte du contrôle systématique des activités qui pourrait être vécu comme une progressive perte d'autonomie. Enfin le dernier risque concerne l'ergonomie inadaptée de certains outils mobiles (poids, autonomie, taille de l'écran, etc.).

Nous verrons, après avoir décrit le techniquement et juridiquement le DPI, comment la survenue potentielle de ces risques est appréhendée ou non par les soignants du Centre Hospitalier de la Fondation Vallée.

⁵⁷ *L'impact des TIC sur les conditions de travail*, Centre d'analyse stratégique, Direction Générale du Travail, Rapport & Document n°49, 2012, La documentation Française, http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/raptict_web_light_final28022012.pdf.pdf

⁵⁸ *Ibid.*

2 Le Dossier Patient Informatisé

2.1 Définitions et obligations

2.1.1 L'objet

« Le dossier du patient est 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. Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus »⁵⁹. Voici la définition du dossier patient retenue par la Haute Autorité de Santé (HAS) à qui il nous suffit normalement d'ajouter une nature numérique pour qu'elle devienne celle du Dossier Patient Informatisé. Normalement.

Si le partage des informations nécessaires au suivi individuel de chaque patient, ainsi qu'au pilotage collectif d'un système de santé semble facilement identifié à la mutation informatique, il est utile de préciser que cette dernière « recèle toute une série d'enjeux »⁶⁰ économiques, sociologiques, communicationnels et managériaux, et de fait, confère à la définition une autre dimension. L'homothétie espérée de l'objet dossier patient à l'échelle numérique remet non seulement en cause l'environnement et les conditions de travail des professionnels de santé et des patients mais son identité première. L'obligation d'une information visible, intelligible et immédiate d'accès transforme aujourd'hui l'ensemble des organisations. Le concours des nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) dans les structures hospitalières contribue à l'objectif d'une économie de l'information qui soit la plus efficiente possible. Les établissements sanitaires ne peuvent congédier alors l'exigence de l'installation du DPI. Le DPI incarne le processus de dématérialisation du dossier patient originel.

Ce dossier patient, décrit techniquement par l'article R.1112-2 du code de santé publique⁶¹, prend vie sous la plume du professeur Francis Roger-France, qui le présente comme « une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutique d'un malade à la fois individuelle et

⁵⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient

⁶⁰ MIÈGE B., Professeur émérite de Sciences de l'information et de la communication. Gresec (équipe d'accueil N° 608). Université Stendhal Grenoble 3

⁶¹ Cf. annexe 4

collective, constamment mise à jour »⁶². Le dossier du patient collige les premières des sources d'information pour la pratique médicale et soignante. Sa dématérialisation est aujourd'hui devenue incontournable pour les établissements de santé. Les tutelles enjoignent à présent les établissements hospitaliers de procéder à l'informatisation du dossier patient à partir de démarches structurées et soutenues financièrement. À cet effet, la DGOS depuis 2007 s'emploie à développer l'utilisation du numérique à l'hôpital, prononcé les bases du Plan Hôpital 2012. Efforts aujourd'hui poursuivis par le Programme Hôpital Numérique (HN)⁶³.

Pour la maîtrise de l'information

Obsession contemporaine au risque de « l'infobésité », la qualité et l'exhaustivité de l'information sont aujourd'hui moteurs des dynamiques décisionnelles⁶⁴. Et l'hôpital est loin d'être indemne de ce phénomène tant il mobilise aujourd'hui une infinie quantité de données, de nature, de statut juridiques, et de pertinence très labiles. L'informatisation du dossier patient apparaît à ce titre aussi inévitable que nécessaire. La dématérialisation du dossier vient sur le terrain répondre aux exigences du contrôle de l'information et aussi aux demandes d'accès à l'information du point de vue des usagers du système de santé⁶⁵.

Et c'est presque sous la figure de l'anaphore que nous pouvons décliner toutes les transformations informationnelles consécutives à la mise en place du DPI. Le DPI est avant tout vecteur d'accessibilité à l'information et à la continuité des soins. L'effet immédiat de son installation se traduit par une diminution des temps d'accès et d'acheminement des informations médicales : les informations liées aux patients sont désormais instantanément extractibles, et visibles depuis tout poste informatique. Phénomène implicite, le DPI redimensionne les représentations de temps et d'espace car l'information recueillie adhère au parcours de soins du patient et ce, quels que soient les services que celui-ci fréquente. Le DPI devient également outil référence de la prise en charge pluridisciplinaire : le dossier patient à l'instar du support papier n'est plus disposé dans l'armoire du bureau soignant, ou égaré par un utilisateur distrait, mais il s'étend via sa conversion numérique à tous les membres d'un réseau avec les mêmes conditions de consultation pour chacun. Le DPI renforce les échanges de l'ensemble des professionnels de santé participant à la prise en charge du patient. Il est un instrument de communication pour les professionnels et les équipes, à destination de l'utilisateur. Les données médicales et paramédicales

⁶² ROGER F.F. – *Le résumé du dossier médical. Indicateur informatisé de performances et de qualité des soins*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade d'agrégé de l'enseignement supérieur, Université Catholique de Louvain, 1982, 333.

⁶³ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_CP_DGOS_Tout_savoir_sur_le_programme_Hopital_numerique_20-03-12.pdf

⁶⁴ WOLTON D. *Informer n'est pas communiquer* Paris, CNRS Éd., coll. Débats, 2009, 147 p.

⁶⁵ *Information numérique et gestion de la maladie*, Santé Publique 2016/1, (Vol. 28) Nassir Messaadi, p.77 - 82

colligées à l'origine sur du support papier, séparées autrefois par le temps du recueil et de l'écriture, isolées par des onglets, deviennent au sein du DPI un flux interactif bénéfique au suivi individuel du patient.

Pour la sécurisation du soin

Le DPI se distingue aussi par sa faculté à sécuriser le circuit du soin. Les modalités liées à l'accès du dossier constituent une première marge de sécurité. Ouvrir et se servir du support numérique est conditionné à la fonction de l'utilisateur : les codes d'accès sont indexés aux catégories socio-professionnelles. Un autre indéniable gage de sécurité revient à la désormais fameuse traçabilité. Elle prend ici une dimension profonde puisqu'avec la validation systématique de tous les actes, elle engage les utilisateurs dans une démarche d'exhaustivité et d'exactitude des informations renseignées. Cette disposition numérique affranchit la traçabilité de sa seule fonction de preuve localisée et lui fournit la clause dimensionnelle de l'archive éternelle. Laquelle engage de fait inconditionnellement la responsabilité des utilisateurs⁶⁶...

Pour des fonctions simplifiées

Le DPI enfin favorise la cohabitation heureuse de la synthèse, de l'analyse et de l'évaluation des données médicales. Le rassemblement et l'ordonnancement des soins, des observations et des résultats du séjour, les courriers d'entrée et de sortie, la correspondance, les comptes rendus d'hospitalisation ou encore les futurs rendez-vous du patient, s'offrent à la vue de l'utilisateur du DPI comme une synthèse facilitatrice pour la compréhension du projet thérapeutique. Les données recueillies pendant le séjour deviennent aisément extractibles par le département de l'information médicale (DIM) qui profite de l'interopérabilité entre logiciels pour procéder à des études statistiques, à la production d'indicateurs divers de gestion, de consommations ou d'épidémiologie. S'il y avait encore à convaincre les réfractaires, Kohler et Toussaint ont établi un tableau d'évaluation de l'informatisation du dossier patient⁶⁷ qui témoigne en faveur de son avènement et des caractères définis plus haut.

⁶⁶ La loi n°2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux nouvelles technologies et relative à la signature électronique légitime la valeur de l'écrit électronique qui a la même force probante que l'écrit sur support papier.

⁶⁷ KOHLER et TOUSSAINT, mai 2003, disponible sur : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/staticmed/e-dosmed/cours/dossier%20patient/references/Avantages.html>, annexe 5

Pour le circuit du médicament et la qualité de la prise en charge

Comme le stipule l'arrêté du 6 avril 2011, « *l'informatisation des processus de prise en charge médicamenteuse est une des conditions essentielles de sa sécurisation* »⁶⁸. Le circuit du médicament en établissement de santé est segmenté en une série de phases successives, accomplies par un nombre et des catégories de professionnels variés : de la prescription médicale, à l'administration infirmière en passant par la dispensation pharmaceutique, ces instants soignants sont des espaces vulnérables où peuvent se glisser l'erreur, l'oubli, l'écart, tous générateurs de risques susceptibles d'altérer la chaîne cohésive du projet thérapeutique d'un patient. L'instantanéité de la prescription informatisée, sa diffusion en temps réel écarte de fait le risque de « mauvaise copie ». Le dossier papier en effet, restait à la merci d'une possible retranscription infirmière de la prescription. Il en va de même de l'efficacité de la traçabilité des recueils d'actes et d'informations, comme nous l'avons vu précédemment : les noms et prénoms du prescripteur apparaissent en sus de l'horodatage de l'action de prescription. Le partage d'informations entre les prescripteurs, les pharmaciens et les infirmières est également immédiat et donc optimisé.

Dernier point, l'informatisation devient le lieu d'une assistance permanente à la prescription, du point de vue des référentiels agréés et des sciences médicales qui autorisent une accessibilité directe de leurs bases virtuelles. Chaque poste informatique connecté au réseau de l'établissement de santé offre un possible recours aux protocoles locaux validés, aux banques de connaissances, au livret thérapeutique de l'établissement, au site de l'agence nationale de sécurité du médicament, aux bases de recommandations de bonne pratique ou de protocoles thérapeutiques formulés par la HAS, ou enfin, aux les dictionnaires de monographies des médicaments. Comment ne pas considérer toutes ces opportunités numériques comme des cautions supplémentaires à la sécurité du circuit du médicament ? L'informatisation se place dès lors comme un facteur primordial de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital car elle multiplie le principe de vérification au-delà des sites propres des établissements.

⁶⁸ Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

2.2 Le cadre juridique de l'informatisation du DPI : le droit et les secrets

2.2.1 Le secret des données

Au regard de la valeur sensible des données conservées dans le DPI, l'obligation est faite aux établissements de santé de procéder à une demande d'autorisation auprès de la Commission Nationale d'informatique et Libertés (CNIL), visant à remplir toutes conditions nécessaires à la protection des informations relevant du domaine privé. Les fondamentaux juridiques sont couverts par la loi du 6 janvier 1978, qui donne corps à la CNIL et lui fait porter mission générale de veiller à ce que « *l'informatique doit être au service de chaque citoyen [...]. Elle ne doit porter ni atteinte à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques* »⁶⁹.

C'est ainsi que toute élaboration d'un fichier informatique comprenant des renseignements nominatifs fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de la CNIL. Il est entendu par « nominatif » chaque donnée qui répond à l'identification d'une personne physique. La demande d'autorisation est produite par l'établissement de santé, représenté par son Directeur, et, en cas de défaut de celle-ci, les sanctions envisagées relèvent du pénal⁷⁰.

La demande d'autorisation énonce l'identité et l'adresse du prescripteur, les intentions du traitement et la description générale de ses effets, les éventuelles corrélations avec d'autres traitements. Le DPI devenu réceptacle d'un nombre de données privées et donc sensibles, le Directeur de l'établissement est enjoint de prendre toute disposition pour assurer la sécurité de ces données et de prévenir les risques de déformation, de lésion ou encore d'intrusion par un tiers non autorisé. L'article 9 du code civil chapeaute ces dispositions selon le principe du droit indéfectible de chacun « *au respect de sa vie privée* ». S'il fallait d'autres précautions, l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) énonce le droit au respect de la vie privée comme notion essentielle du droit français qui ne saurait être remise en cause en établissement de santé. Dernier verrou, l'article L.1110-4 du Code de Santé Publique rappelle que « *toute personne prise en charge a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ».

Cette procédure d'autorisation auprès de la CNIL, ainsi qu'une procédure d'agrément prévue aux articles R.1111-9 et suivants du Code de la santé publique, attestent des conditions logistiques des hôpitaux pour la préservation des données du patient. Une contrepartie est également exigée des hébergeurs

⁶⁹ Article 1 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004

⁷⁰ Article 226-16-1 du Code pénal : « *Lorsqu'il a été procédé ou fait procéder à un traitement de données à caractère personnel dans les conditions prévues par le I ou le II de l'article 24 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, le fait de ne pas respecter, y compris par négligence, les normes simplifiées ou d'exonération établies à cet effet par la Commission nationale de l'informatique et des libertés est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende* ».

de données de santé qui doivent eux-mêmes répondre à une procédure d'agrément prévue aux articles.

Le droit au respect de la vie privée

Le domaine éprouvé de la protection de la confidentialité est un attribut consubstantiel et une condition exigée des établissements de santé, et ce du point de vue de la légalité⁷¹. Les hôpitaux doivent pouvoir se défendre face à toute forme d'intrusion dans les systèmes informatiques, telles les tentatives d'accès indelicates, l'immixtion de virus ou la prise de contrôle à distance, notamment par le biais d'internet. Les risques d'intrusions malintentionnées font partie des plus fortes inquiétudes exprimées par les établissements. Pour limiter des risques de pénétrations virales ou extérieures, certaines solutions sont suggérées, dont celle-ci (choisie par Centre hospitalier de la Fondation Vallée) : le nombre de tentatives d'accès à un compte utilisateur est par exemple limité à trois. En cas d'échec, l'opportunité d'authentification au compte est bloquée et seule l'intervention d'un administrateur du système informatique lèvera la sécurité.

Le dispositif sécuritaire des établissements est en général complété par le déploiement d'un logiciel pare-feu, la mise à jour régulière des anti-virus et la sécurisation de l'accès aux sites des praticiens distants au serveur central grâce à la mise en place d'un réseau privé virtuel (ou VPN, pour *Virtual private network*).

Dans la continuité, une procédure de verrouillage automatique de session existe en cas de non- utilisation du poste informatique pendant un temps défini. Le verrou se déclenche au bout de quelques minutes d'inactivité. En périphérie, après quelques minutes d'absence de travail, la mise en place d'une veille passive de l'ordinateur fait apparaître un écran neutralisé sur le poste.

Enfin, l'horodatage affiché lors de la connexion au compte, fait foi d'accès et d'utilisation et conclue ainsi cette chaîne de sureté.

⁷¹ Article 34 de la loi du 6 janvier 1978 : « *Le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès* ».

Les droits d'accès du patient

La loi du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004⁷², et complétée par la loi du 4 mars 2002⁷³, donne au patient les garanties spécifiques en termes d'information, d'accès au dossier, d'opposition et de rectification de ses données contenues dans le DPI.

Les préalable veut que le patient soit informé de l'informatisation des données de son séjour, via des notules explicatives qu'il retrouve affichées au sein du service où il séjourne, ou mentionnées dans le livret d'accueil. S'il en exprime le désir, le patient a tout loisir d'interroger le Directeur de l'établissement afin d'obtenir certaines informations, notamment celles qui seraient relatives aux finalités de son traitement, aux modalités de communication de son dossier ou aux destinataires de celui-ci. De même, le patient est en droit de s'opposer, pour des motifs qu'il estime légitimes, au traitement des données à caractère personnel qui le concernent. L'idée de « motifs légitimes » reste à l'appréciation des tribunaux conformément à l'article 1 de la loi du 6 janvier 1978, mentionnée en amont. Bien entendu, le patient peut avoir accès aux données le concernant contenues dans le DPI. Après requête auprès du Directeur de l'établissement, il peut exiger une copie de l'intégralité de ses données conservées sur support électronique.

En conclusion, le patient a toute légitimité pour rectifier des données si celles-ci s'avéraient fausses, imprécises ou encore ambiguës. Ce bouquet de droits oblige bien évidemment l'établissement à l'élaboration de procédures d'accès au dossier informatisé du patient.

Que devient le secret médical ?

L'article R.4127-4 du Code de la Santé Publique nous rappelle que le secret médical est « *institué dans l'intérêt des patients, [et] s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ». Si cette conception du secret médical concernait originellement le corps médical et son exercice ordinaire et détaché de la médecine, le principe dans son entier se commande désormais à toutes les disciplines opérant dans la sphère du soin. La loi du 4 mars 2002 marque précisément l'évolution de ce contours en établissement de santé, sous le thème du secret partagé par le collectif. Ainsi les termes de l'article L.1110-4 alinéa 3 énoncent que « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise*

⁷² Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

⁷³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». Le secret médical « partagé » ou « collectif » est ainsi convoqué et circonscrit à l'ensemble des personnes qui détiennent une information à caractère confidentiel.

La loi du 22 juillet 1992 portant réforme du code pénal⁷⁴, confirmait par ailleurs cette transition sémantique et juridique, qui voyait l'obligation au secret médical élargie à celui plus vaste de professionnel, qui soumet tout professionnel affecté au fonctionnement d'un établissements de santé au devoir de confidentialité. L'obligation de secret concerne chaque personne dépositaire du secret « *soit par son état, soit par profession, soit en raison d'une mission ou d'une fonction temporaire* »⁷⁵.

Le DPI, par essence, consacre et matérialise la fonte pluridisciplinaire et le travail d'une communauté tenue au secret. Marc Dupont commente ainsi l'incidence de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique adossé à l'utilisation du DPI qui, dit-il, « *a l'avantage de mettre l'accent sur l'importance du principe dans l'activité sanitaire* »⁷⁶. Aussi insiste-t-il pour que des précautions matérielles soient établies sous la forme de séparations hermétiques entre les secteurs de soins, afin d'éviter aux professionnels des différents sites d'avoir l'accès visuel à l'activité de leurs pairs.

Ces bases déposées, il nous faut dès lors comprendre la problématique de l'avènement du DPI au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée.

⁷⁴ Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes.

⁷⁵ Article 226-13 du Code pénal.

⁷⁶ DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., *Droit hospitalier*, 8e édition ; Dalloz, p. 688.

2.3 Le Dossier Patient Informatisé au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée

Le succès du déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) dans un établissement hospitalier est donc conditionné à de multiples facteurs : des prérequis techniques à l'adéquation de la transcription médicale et paramédicale, de la formation des futurs utilisateurs jusqu'à la maîtrise complète de l'outil, les champs opératoires concernés par le développement d'un projet de cet ordre réclament articulations et agencements à la faveur de son accomplissement. Présidant à la légitimité fonctionnelle de ces champs, la conduite du changement organisationnel apparaît logiquement comme méthode indispensable pour les cadres chargés de la transition, mais aussi comme nécessaire support de compréhension pour les autres professionnels engagés dans cette démarche. Cadre supérieur de santé, missionné par la Direction des soins, je suis référent de la filière paramédicale chargé de la future implémentation du DPI sur les unités d'accueil du Centre Hospitalier de la Fondation Vallée dans le Val de Marne, établissement dédié à la prise en charge des enfants et des adolescents en psychiatrie. Membre du groupe projet, j'aurai la responsabilité d'une supervision qui engagera une réforme de terrain impliquant les cadres de proximité et les personnels soignants pour lesquels l'écrit de leur pratique, et peut-être leur pratique elle-même, vont se trouver profondément transformés. Par-delà une balance bénéfice/perte pour les acteurs cités, il s'agira bien d'estimer à cette aune la stratégie managériale ressources humaines la plus adaptée à l'installation de ce nouvel outil, qui devra être opérationnel sur 10 unités d'hospitalisation et qui appellera l'adhésion de plus de 200 soignants.

À l'origine de son avènement

Depuis 2012, les audits⁷⁷ Dossier Patient procédés en interne sur le circuit et le recueil des données d'activité, ainsi que les prononcés de la certification V2010 devaient avoir raison du Dossier Patient version papier au Centre hospitalier de la Fondation Vallée. L'obsolescence du Dossier papier et le manque de sécurité liés à l'écriture analogique des transmissions étant les deux principaux critères à charge de cet outil. Chapeau de ces démarches réglementaires, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'engagement Hôpital numérique ont offert l'opportunité d'un accompagnement financier pour inciter l'établissement hospitalier à déployer le DPI, sous réserves de la réalisation d'objectifs ciblés. L'installation dans les unités d'hospitalisation s'avérait dès lors contrainte par un calendrier et des étapes de développement limités à environ une année. Fin 2017 devait être la butée temporelle de l'ensemble du projet. Il fut omis cependant un élément qui allait rebattre les cartes : l'adhésion obligatoire à un groupement hospitalier de territoire (GHT psy Paris Sud : GH Paul Guiraud à Villejuif, EPS Erasme à Antony, CH Fondation Vallée à Gentilly) au 1^{er} janvier 2016. Logiquement, le projet initial de déploiement du DPI fut stoppé par une décision de la nouvelle Direction de

⁷⁷ Cf. annexe 4

l'hôpital support et ceci, dans l'attente des résultats d'un audit qui devrait faire apparaître les conditions et les briques communes à un développement numérique homogène pour les trois hôpitaux du nouveau GHT. La mission qui me revenait fut, elle-aussi, suspendue et prit donc depuis les formes d'une étude prospective.

Ce qui est souhaité

Si l'ambition générique du déploiement DPI, volet paramédical, se veut être la translation du recueil des pratiques soignantes vers un support cohérent et sécurisé pour les unités de soins du Centre Hospitalier, le renforcement des compétences des équipes et des professionnels de santé sur les aspects système d'information, en formation initiale et continue, pourrait être l'attendu collatéral intimement souhaité par le groupe projet (cadre de santé, médecin DIM, médecin, responsable SI et éditeur). L'objectif princeps veut qu'à terme, toute activité soignante actuellement recensée à l'oral et l'écrit trouve un réceptacle organisé sous forme d'onglet numérisé, lui-même sous-partie du Dossier Patient. Il convient pour cela, à partir du groupe projet, de réunir les filières métier autour du dossier papier actuellement utilisé et de transposer ce dossier papier, à l'aide du représentant de l'éditeur informatique (Syndicat Inter hospitalier de Bretagne, SIB), vers un équivalent numérique garantissant à la fois le traçage du travail réellement fait, et une qualité d'écriture façonnée par de nouvelles dispositions sémantiques (nomenclature transmissions ciblées).

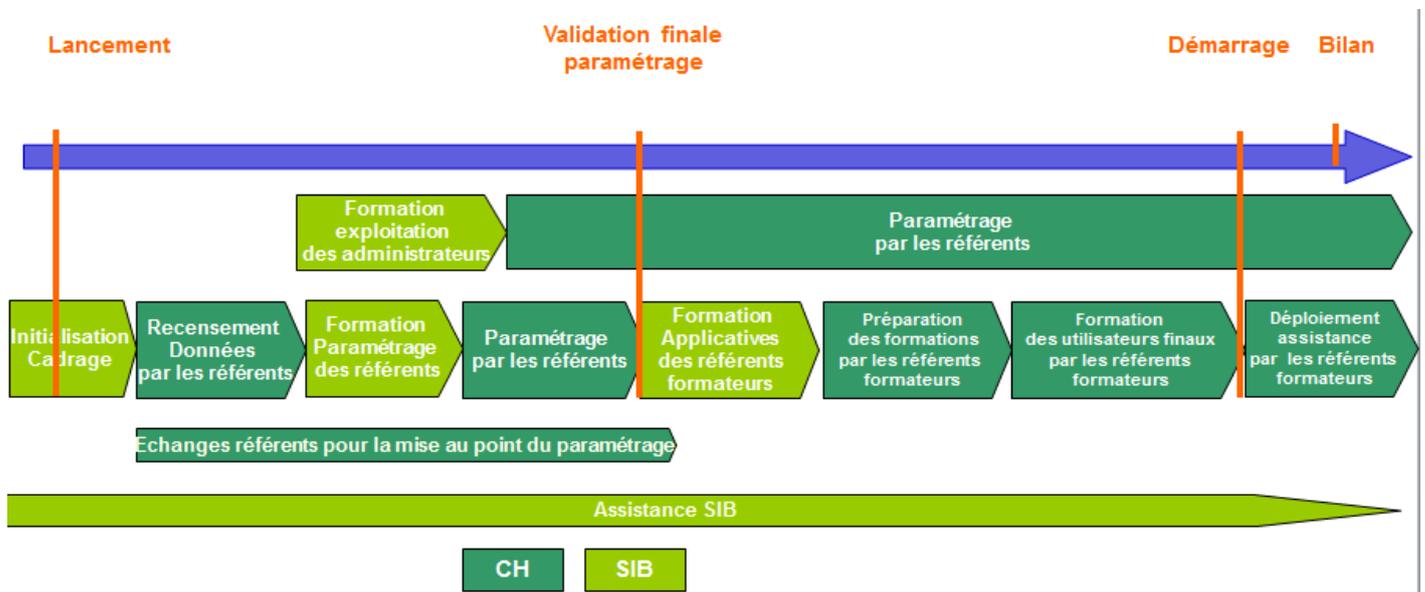
Le groupe projet devrait préconiser la mise en place d'un module de formation obligatoire au Système d'Information (SI) et au DPI pour les référents métiers et les unités pilotes mais aussi, dans tous les parcours de formation initiale et continue pour tous les personnels hospitaliers. Ce vaste chantier va devoir s'étaler sur de nombreux mois au vu de l'état actuel des compétences. Il s'agirait en somme dans un aboutissement idéal, d'inférer quelque motif à l'ensemble des personnels pour travailler bientôt dans un environnement numérique évolutif. De même, le vœu collectif élargi serait de produire, traiter, exploiter et diffuser des documents numériques, d'organiser la recherche d'informations à l'ère du numérique, de travailler en réseau, de communiquer et collaborer. Pour les cadres de santé, c'est la gestion de l'information, le contrôle qualité de l'activité, l'usage des outils informatiques dans le domaine des soins et enfin celui de la formation qui devraient être sensiblement transformés.

Des lieux et du temps

L'installation du DPI est fonction d'un dispositif logistique important puisqu'elle dépend du nombre et de la fonctionnalité de postes informatiques et de l'efficacité technique du réseau local. À la faveur de la mise en place du circuit informatisé du médicament il y a deux ans sur le Centre hospitalier, l'ensemble des unités de soins, 10 au total, est équipé d'au moins un ordinateur. Le déploiement du DPI complet va réclamer à terme au moins deux PC par unité : un dans le bureau des soignants, un dans le poste pharmacie. Ces lieux dédiés vont canaliser le flux des soignants au moment des transmissions. Sous formes de vagues rythmées par les changements d'équipes ou par les alternances jours/nuits, mais aussi en fonction de leur disponibilité, les soignants viendront déposer leurs données d'activité dans les seuls lieux équipés à cet effet. Ce changement de cadence devient un point d'organisation à ne pas sous-estimer. Il sonne en effet le glas d'une coutume en psychiatrie qui consistait parfois pour les soignants à « extraire » le Dossier d'un patient, dans la quasi confidentialité et à tout moment, pour y poser sur le papier une prose certes clinique mais qui laissait aussi affleurer les littératures les plus diverses. Les risques de « bouchon » autour des postes informatiques occupés lors des transmissions sont donc à prendre en compte.

Comme évoqué plus en amont, le projet de déploiement devait s'étendre sur l'ensemble de l'année 2017. L'adhésion au GHT en aura décidé autrement. Cependant, il nous est permis de nous projeter et de poser les différentes étapes et la chronologie nécessaires à l'installation du DPI, et ceci, en connaissance de la taille et des moyens mobilisables pour un cycle d'implantation. Le groupe projet avait prévu 2 mois de formation/transposition du Dossier papier avec les 3 référents métiers des filières soignantes (IDE, éducateurs, rééducateurs) et les responsables techniques de l'éditeur. Cette phase se déroulait dans la salle informatique de l'hôpital qui autorise la présence de 10 personnes. Ces référents métiers auraient par la suite été détachés auprès des 2 unités d'hospitalisation pilotes (une unité d'accueil 24/24, 15 soignants, et une unité d'hospitalisation de semaine, 10 soignants), pour une formation en situation de travail avec tous les soignants pilotes, durant un mois. Les unités pilotes auraient testé le DPI en autonome, avec appui supervisé des référents, sur une autre période de 2 mois.

En parallèle, et mission totalement accrochée à la responsabilité du cadre supérieur, le groupe projet prévoyait une session continue pour former 8 soignants par semaine à l'utilisation du DPI. Les premières sessions de formation auraient été animés par le groupe projet et les référents. Par la suite, les premiers personnels formés auraient formé eux-mêmes les collègues de leurs unités au moyen de l'application pédagogique installée sur tous les PC de leurs unités. À la mi- année de production, un bilan aurait été fait avec l'éditeur censé évaluer les domaines de production complétés, en cours ou posant problèmes. Il restait donc 6 mois pour installer définitivement le DPI dans les 8 autres unités, comptant sur le résultat d'une formation aboutie de l'ensemble des personnels, initiés et entraînés depuis le début d'année.



CH : Fondation Vallée, SIB : éditeur

L'amorce par l'informatisation du circuit du médicament

Les raisons de l'arrêt du déploiement du DPI sur la Fondation Vallée en 2016 évoquées plus en amont pourraient peser de manière générale sur les élans engagés initialement, avec de nouveau le risque de réhabiliter une inertie structurelle familières des dossiers « en attente ». Le thème du réamorçage du projet pour gagner la confiance des acteurs du Centre Hospitalier sera un vrai enjeu et, en qualité de cadre supérieur référent du projet, la démarche communication de ce nouveau départ auprès des autres cadres sera une étape incontournable.

En 2015, la Fondation Vallée avait entamé une première phase d'informatisation du dossier patient établie sur le volet production et administration du médicament. L'éditeur, le SIB déjà, et la Direction de l'établissement s'étaient entendus pour le développement du progiciel Sillage. L'outil

déployé s'est depuis vu utilisé par l'ensemble des unités d'hospitalisation de la Fondation et ce, au terme d'une année. Son ancrage est finalisé et les prescriptions et les administrations de traitement sont conditionnées à ce circuit informatisé du médicament. Déjà inscrit dans cette démarche au même titre de cadre référent de la filière soignante, j'ai pu constater depuis les bénéfices dégagés sur la sécurisation, la traçabilité et la visibilité de l'activité. Ces « résultats » ne doivent pas cependant éluder les différentes contraintes entraînées par l'informatisation, que celles-ci soient d'ordre technologiques, générationnelles, culturelles, ou financières. La future dématérialisation du dossier patient au Centre Hospitalier doit en effet s'analyser en termes de « *changements et ruptures* »⁷⁸. Ainsi, s'engager dans le processus d'informatisation du dossier patient à la Fondation Vallée, c'est ouvrir la structure à une nouvelle organisation basée sur l'usage du numérique. Mais c'est aussi et avant tout pour le cadre supérieur, s'afférer à conduire le changement.

Dès lors, une des questions centrales de ce travail qui me revient de fait, consiste à s'interroger sur le niveau de maturité de l'établissement : est-il suffisamment prononcé pour recevoir une organisation progressivement axée sur l'usage du numérique ? Comment la perspective d'installation d'outils informatiques, dont le DPI constitue un élément, est-elle accueillie par les soignants futurs utilisateurs ? Les réponses au questionnaire⁷⁹ transmis dans le cadre de l'enquête interne devraient nous aider à situer cette maturité et à mesurer les changements attendus ou redoutés des soignants.

⁷⁸ HANSSKE A., *Systèmes d'information en santé : l'heure des ruptures*, in *Revue Hospitalière de France* ; N°552 ; Mai-juin 2013 ; p.30.

⁷⁹ Cf. annexe 2, enquête interne mars 2017 auprès des 8 unités d'hospitalisation de la FV. Retour de 39 questionnaires

2.4 L'acceptabilité sociale du projet d'informatisation

Les éventuelles victimes, les probables bénéficiaires

Nous l'avons vu, parmi les entrées possibles à l'enclenchement de la démarche, nous étions convenus d'intégrer au groupe projet les référents métiers représentés dans l'hôpital. Nous comptons sur une composition opérationnelle incarnée par différents acteurs des parties prenantes, agents concernés par l'écriture et les transmissions soignantes, à savoir : infirmiers, éducateurs, rééducateurs, aides-soignants principalement. Les référentiels d'activités et de compétences sont convoqués pour caler le socle commun avec lequel ces soignants peuvent agréer les profils nécessaires. Le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée comme beaucoup d'établissements, brasse un nombre de pratiques soignantes et l'on ne peut que constater parfois l'approximation dans la formalisation des dimensions de compétences pourtant considérées comme essentielles à la conduite de projet ou la participation à une équipe projet.

L'évaluation des principales dimensions professionnelles en scène adossées à la définition des compétences en situation de travail⁸⁰, s'avère indispensable à la l'objectivation du DPI et à la première partie du projet.

Si l'on procède par groupe métiers, l'ensemble des professions paramédicales et socio-éducatives devra affronter une mini-révolution culturelle : l'obligation de tracer une activité immédiatement visible pour une communauté qui elle, ne le sera peut-être pas, à savoir le réseau de l'hôpital. Ces soignants vont devoir convertir une écriture et des modalités de recueil de données pour que celles-ci soient acceptées par un support numérique pour l'instant méconnu. Les infirmiers, les éducateurs, les aides-soignants et les rééducateurs, toutes générations confondues et toutes compétences entendues auront obligation d'intégrer cette conversion. L'implantation DPI pour les cadres de proximité aura quant à elle certainement plusieurs impacts, au bas mot, au moins autant sur le contrôle des actions et des écrits soignants que sur la validation et la sécurisation des accédants au Dossier.

⁸⁰ MARCHAND X., 2016.2017, *Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail*, S2 ESM

En fonction des pratiques et de l'analyse du questionnaire de l'enquête interne, nous avons pu produire un tableau différentiel qui nous permet d'affiner et de décrire les marges de transformation réelles ou attendues par les soignants.

Changement attendu sur l'activité/métiers	Cadres	IDE	Éducateurs	Aides-soignants	Rééducateurs
Contrôle/évaluation activité	XX	X	XX	X	XX
Visibilité/traçabilité	0	XX	XX	XX	XX
Interface technique	XX	0	0	0	0
Besoin formation/référence	XX	X	XX	X	XX
Maîtrise du logiciel	XX	X	X	X	X
Écriture/transmissions	0	X	XX	X	XX

0 = aucune modification X = modification sensible XX = modification importante

La ligne force de transformation est sans aucun doute la visibilité des activités, exception faite des cadres qui n'auront aucune action propre à tracer dans le DPI. Leur mission de contrôle en revanche se verra renforcée et ira de pair avec une connaissance générale du logiciel. Pour les soignants, les IDE et aides-soignants appuient déjà leur activité d'une traçabilité sur les soins somatiques. Les éducateurs et rééducateurs seront à priori les plus gros consommateurs de formation et sujets de transformation.

Pour le cadre supérieur, comprendre et nourrir l'acceptabilité sociale

En fonction des changements attendus, l'utilisation du DPI sur la Fondation Vallée devient conditionnelle tant elle peut être déterminée par l'agrément social de ces soignants. L'étude de l'acceptabilité sociale d'une nouvelle technique ou d'un nouveau projet, au sein d'une organisation, révèle souvent une réalité qui n'avait pas été perçue avant le lancement du projet. La notion d'acceptabilité sociale doit être approchée diversement : la perception des risques par les acteurs qui fait craindre le bouleversement de leur pratique et la prise de conscience des répercussions possibles sur la notoriété de l'institution et de l'action effectuée par les acteurs concernés⁸¹.

Rivés à cette approche⁸², pour étayer et favoriser l'acceptabilité sociale, des principes semblent inévitables. Parmi eux, mentionnons l'abandon total de la

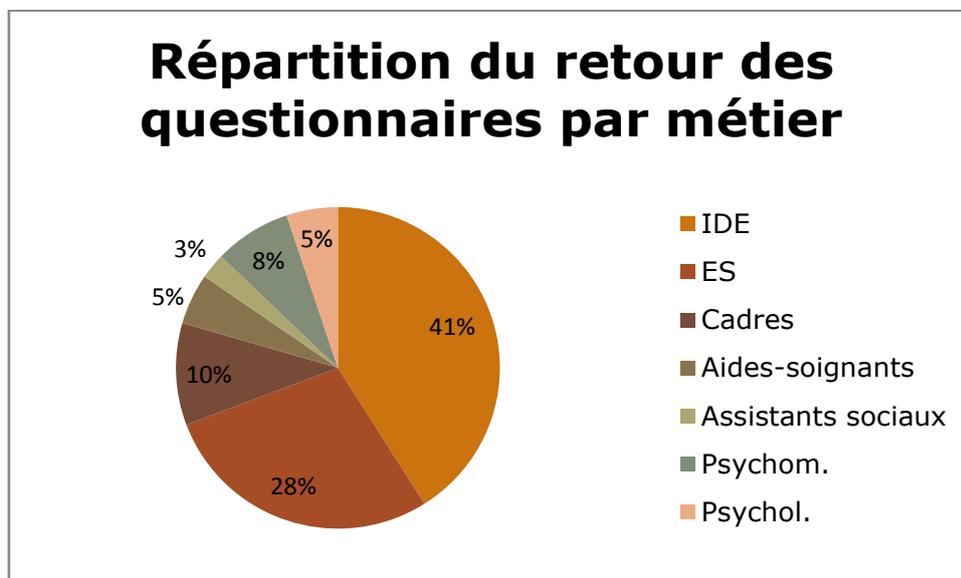
⁸¹ TERRADE F., *L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques*, in *Le travail humain*, Vol.72, n°4 – octobre 2009, pp. 384-395, PUF

⁸² *Ibid.*

pratique du secret et la co-construction qui veut l'implication originelle des personnes concernées pour les rendre acteurs du processus. Le discours convenu serait pour le cadre responsable de filière d'essayer de trouver des arguments qui vont amener les soignants à participer au projet, en donnant un sens et en faisant comprendre les enjeux. Souvent vue de l'esprit, ces intentions représentent néanmoins pour le cadre supérieur une feuille de route théorique qui balise sa démarche. Cette feuille de route doit rappeler au fondement et à l'idée force de l'acceptabilité sociale d'un outil ou projet : il ne doit pas seulement être fiable structurellement mais également agréé par les acteurs concernés. Autrement, la réalisation du projet est possiblement vouée à l'échec puisque selon un principe quasi contradictoire, un dispositif nouvellement installé peut honorer l'ensemble des critères d'utilisabilité sans toutefois répondre à l'adhésion d'une communauté. La co-construction du projet facilite cette adhésion et appelle vers elle la notion de communication à laquelle M. Crozier et E. Friedberg se réfèrent dans leur ouvrage *L'Acteur et le système*⁸³. Là aussi, les auteurs semblent flatter l'évidence en marquant la bonne communication comme ingrédient indissociable des origines du pouvoir et de l'action. L'individu soumis au changement n'est jamais sevré de message et a besoin d'informations. Aussi, la grande valeur stratégique de la communication vise à considérer chacun comme un acteur individué dont on a repéré le jeu dans l'institution. Il est donc préférable d'associer ces acteurs dès l'origine de la composition du projet, en favorisant leur participation sur la base d'une présentation des enjeux.

⁸³ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Seuil, Paris, 1977

Au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée, les facteurs de l'acceptabilité sociale du projet d'informatisation semblent à l'œuvre. Les réponses obtenues⁸⁴ à la question de l'intérêt de l'installation du DPI sont très encourageantes : sur les 39 questionnaires retournés par les personnels non médicaux (IDE, éducateurs, AS, psychomotriciens, psychologues, cadres) 36 sont ouvertement favorables à l'utilisation du DPI. Reste à inclure ce courant positif dans une démarche pratique.



80 questionnaires distribués, 39 retours, (48%) : réponses de 16 IDE, 11 éducateurs, 4 cadres de santé, 2 aides-soignants, 1 assistant social, 2 psychologues, 2 psychomotriciens

⁸⁴ Cf. annexe 2

2.5 Quel chemin vers la réalisation ?

Les partenaires attendus

Là encore, faut-il frôler la litote, pour rappeler que les projets d'informatisation nécessitent une forte implication en gestion de projet. Les manuels référencés insistent sur la nécessité pour les gestionnaires de nommer un pilotage de projet accolant le profil technique et le profil métier⁸⁵. Cette disposition permet ainsi d'assurer la continuité du pilotage de projet, en ne laissant pas l'entier poids de la conduite à une seule personne. Le projet d'informatisation au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée n'échappe pas à cette bicéphalie : une partie du pilotage revient ainsi à la Direction des soins pour l'ensemble du processus d'informatisation.

Pour initier le groupe projet, en délégation de la Direction des Soins, il me sera permis de solliciter à cet effet le soutien précieux du responsable ressources humaines (DRH) et des outils actuellement actifs dans la gestion : cartographie des compétences (partiellement décrite), système d'évaluation (récemment refondé), gestion des potentiels. Ces moyens consolident et viennent soutenir le choix des profils requis pour l'équipe projet.

À partir de ce groupe projet, l'idée est de nommer des responsables opérationnels et des référents formateurs sur deux unités pilotes. Les cadres des deux unités pilotes seront ces responsables opérationnels, acteurs indispensables de la liaison référents/terrain/groupe projet. Ils seront également les premiers concernés pour évaluer les étapes acquisition/formation de leurs soignants.

Le répertoire des savoirs mobilisés (informatiques et cliniques), nous permettra alors d'identifier les référents formateurs et leurs compétences attendues dans l'organisation du projet. Les référents désignés ont en général une connaissance fine de leur activité et de leurs compétences. La finalisation de la cartographie est à ce jour un objectif indispensable⁸⁶ à atteindre tant ce support est susceptible de fournir une représentation précise de l'ensemble des activités des soignants convoqués sur le projet.

Les référentiels métiers qui correspondent seront les premiers outils de communication et appuieront le travail de paramétrage du recueil des pratiques destiné à la future application informatique. Pour la plupart, les soignants partenaires ont fait preuve d'intérêt lorsqu'il s'est agi de les solliciter pour des missions transversales antérieures (tutorat, EPP, séminaires internes). Leurs engagements dans de tels projets institutionnels valident la confiance engagée auprès d'eux et confortent en cela l'assise technique du projet, au moment de la constitution des équipes et au moment des premières actions de formation.

⁸⁵ ANAP ; *Systèmes d'information dans le secteur médico-social, retours d'expériences et grands enseignements* ; Septembre 2013, p.30.

⁸⁶ MARCHAND X., 2016.2017, *Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail*, S1 ESM

Le Département d'Information Médicale (DIM) sera également attendu sur la veine promotionnelle des vertus du projet. Le médecin du DIM ne sera peut-être pas en mesure de convaincre chaque soignant du confort et de la sécurité du traitement des données qu'offre le DPI, mais, relayée par un technicien, l'expertise informatique et médicale auprès des équipes soignantes, même ponctuelle, est une alliée indiscutable. Enfin, nous comptons sur la part des premiers personnels formés qui trouveront dans ce projet l'occasion d'élargir leurs intérêts professionnels au quotidien. Leur investissement couplé à l'envie transmettre aux autres soignants, seront peut-être la plus efficace des pédagogies.

Un pilote de projet, une représentation des disciplines

Si l'on convient de la mise en place d'un dispositif de pilotage comme facteur clé de réussite du projet, il s'agit bien entendu de lui donner substance sous la forme d'instances de suivi, à savoir comité de pilotage et comité de suivi, dont les compositions les rôles et responsabilités et la fréquence de réunion seront déterminés.

Respectant les préceptes d'inclusion des acteurs dès l'origine du projet, la composition d'une équipe projet pluridisciplinaire apparaît obligatoire. Celle-ci doit par ailleurs agréger des représentations et des degrés d'expertises très complémentaires qui permettront de donner au projet une variabilité et un principe de réactivité créatrice. C'est ainsi que le comité de pilotage du DPI se compose de la Directrice adjointe, de la vice-présidente de la CME, d'un cadre de santé, du Responsable des Systèmes d'Information, du médecin DIM. Cette équipe rassemble les métiers utilisateurs (médecins, soignants, paramédicaux, SI et administration) ayant été formés à la solution DPI déployée.

De la référence comme principe essentiel

Là encore, penser la continuité et la réussite d'un projet en donnant corps aux stratégies du pilotage équivaut à étendre les intentions du déploiement à des référents. Deux types de référents se distinguent : les référents utilisateurs et les référents métiers. Les référents utilisateurs sont les partenaires privilégiés de l'éditeur informatique, du SI et des nouveaux personnels à former. Les référents utilisateurs sont le DIM et l'IDE (ou le cadre) détachée sur le projet. Leur analyse, technique pour l'un, et métier pour l'autre, permettent de reprendre et d'analyser rapidement les problématiques soulevées sur le terrain lors du déploiement du DPI. Ces deux agents se révèlent par ailleurs être des personnes ressources du fait de l'intérêt et des connaissances dont elles témoignent dans le domaine informatique. Les problématiques techniques, logistiques ou matérielles, tout comme l'organisation des formations à destination des agents, pourront être appréhendées grâce à leur concours.

Les référents métiers quant à eux, constituent les acteurs de terrains ayant reçu une formation au logiciel plus approfondie que leurs pairs, et sont sollicités par les utilisateurs lorsqu'ils ces derniers se trouvent confrontés à une problématique particulière. Ils jouent un rôle primordial dans l'acceptation et l'utilisation du logiciel. Selon une publication de l'ANAP de juin 2015, « *le choix et le management des référents métiers animant la conduite du changement sur le terrain constituent un élément déterminant pour parvenir à un usage satisfaisant de la solution DPI mise en œuvre* »⁸⁷. Le choix a été fait à la Fondation Vallée de désigner trois référents DPI par services, dont l'un était nécessairement le cadre de santé. Ces référents métiers ont bénéficié d'une formation plus accomplie au logiciel par le prestataire DPI. La connaissance fine du logiciel les autorise à guider les équipes vers l'appropriation de la solution DPI déployée. Intéressant du point de vue de la supervision, la nomination d'un cadre de santé comme référent métier peut s'avérer néanmoins délicat pour les équipes. La charge de travail qui leur incombe peut en effet les distraire de leur mission d'accompagnement dans l'utilisation du DPI.

Le mode opératoire

Aussi, une des conditions à l'opérationnalité des référents métiers est l'octroi d'un détachement partiel de leurs activités habituelles. Cette condition revêt un caractère sensible quand le projet croise les espaces de responsabilités hiérarchiques ou fonctionnelles. Ainsi, les agents opérationnels se risquent au rôle de générateurs autonomes d'action dans l'équipe et l'unité auxquelles ils sont affectés. Le traitement particulier des référents passe par l'allègement de leur planning afin de faciliter les temps de retraits et fluidifier la communication avec le groupe projet. Ceci réclame, à n'en point douter, des temps d'éclaircissements auprès des équipes pour exonérer les référents du statut d'exception qui ne manquera pas d'échapper aux soignants essentiellement concentrés sur la réalisation des soins. Et qui feront le lien entre absence régulières des référents formateurs et surcharge de travail. Cet ensemble de décision qui veut donner régime dérogatoire à certains soignants me revient pleinement, en qualité de Cadre superviseur.

C'est ainsi qu'il est prévu de ne pas désengager totalement les référents du travail lié aux prises en charge des patients. Il sera indispensable dès lors de négocier avec la Direction la possibilité d'obtenir des soignants en remplacement des référents sur la période concernée : vacances IDE/AS pour pallier les absences dues au modules de formations des référents, mobilité interne facilitée (heures supplémentaires payées) à partir d'autres unités. Le budget consacré au remplacement toutes fonctions confondues est à l'heure actuelle d'environ 230K euros/an au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée. Une partie de cette somme pourrait être allouée (estimée à environ 20K euros) au soutien du projet

⁸⁷ BONTHOUX T., LEREUN R., PLASSAIS O., *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatique*, Hôpital numérique, ANAP, juin 2015, p. 7.

DPI, effort pondéré par les crédits obtenus sur le volet Hôpital Numérique. Cette dernière disposition reste néanmoins pour l'instant hypothétique.

Au cours de l'installation du DPI auprès des équipes, les différentes opérations vont se traduire par une mobilisation des compétences des référents : aptitudes à reproduire le recueil d'activité à partir de nouveaux savoirs. Des nécessaires débriefings, retours d'expérience et réajustements devront scander les différents stades de l'installation. Il s'agira de mesurer précisément les acquis des soignants et l'écart vers l'objectif final à atteindre. Il sera alors déterminant pour le groupe projet de changer ou d'approfondir certains contenus de ces savoirs si les difficultés rencontrées par les référents s'avéraient invalidantes pour phase de déploiement. Les responsables opérationnels seront en charge de ces mesures entre prescrit et réel⁸⁸.

En clôture de projet, il nous reviendra également de valoriser la participation des référents de façon spécifique. Une attention particulière sera portée auprès des membres de l'équipe projet qui auraient vu leurs compétences accrues au cours du déploiement, et ceci dans l'optique de repositionnement professionnel de ces membres ou de l'intégration à un groupe formateur permanent.

Enfin, il est entendu que le développement des nouvelles compétences des personnels au système d'information et aux processus métiers impactés par les applications informatiques, ne doit pas se cantonner à la simple connaissance du logiciel de l'éditeur. Une stratégie de formation continue est à négocier avec le DRH qui doit s'étendre au-delà du temps de l'installation du DPI, et ceci, pour mieux accompagner les changements de pratiques induits par la mise en place d'une culture du numérique. L'intérêt pour la Fondation Vallée est stratégique et financier : manager et former une équipe composée de cadres, infirmiers et autres personnels chargés de l'accompagnement du déploiement des solutions métiers dans les services de soins. Cette équipe pourra à terme participer activement aux groupes de travail destinés à la préparation des cahiers des charges pour l'achat ou le renouvellement de nouveaux logiciels, mais aussi à l'évaluation des applications mises en œuvre dans les services et à la contribution aux futurs projets informatiques qui pourraient se dessiner en psychiatrie : télémédecine et interopérabilité avec les partenaires réseau.

⁸⁸ MARCHAND X., 2016.2017, *Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail*, S2 ESM

2.6 Les obstacles en vue

Le management du projet est tenu de désigner les principaux artisans clés de la réussite et en particulier, le chef de projet. Sur le segment paramédical du développement du DPI, mon rôle se situe donc aux confins d'un réseau d'interactions organisationnelles.

Je suis en relation avec les commanditaires, Direction, et les récepteurs du projet, cadres et soignants. Ma fonction intermédiaire m'oblige à la garantie du respect des objectifs (implantation dans toutes les unités, utilisation pour tous les soignants) et à l'entretien d'une relation étroite avec les membres de l'équipe projet de la filière concernée. Il s'agit avant tout de nommer ces derniers, à partir des besoins de compétences : référents idé, assistants sociaux éducatifs et aides-soignants connus via leur participation antérieure à des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ou des audits en interne.

De l'intérêt de chacun

Le manque d'engagement dans le projet risque d'être la première pierre d'achoppement et le principal frein de l'équipe projet. Fondre le dessein institutionnel avec les intérêts individuels des différents acteurs est difficile à orchestrer, ou même à prédire quant à l'opportunité. Les motifs qui poussent chaque agent à trouver un sens à l'action communautaire sont nombreux et hétérogènes. Et même partiellement révélés, ces intérêts ne sont pas toujours suffisants pour l'action elle-même.

L'utilité de la démarche est également difficile à proclamer avant qu'une démonstration et un vrai avantage soient évalués. La perception concrète de l'utilité de l'action ne va pas se manifester avant l'installation complète du DPI et les fantasmes de dépossession professionnelle vont se précipiter dans cette phase préparatoire. Sans trop d'originalité, il nous démange ici de citer le philosophe Gramsci : « *Le vieux monde se meurt, le nouveau monde tarde à apparaître et dans ce clair-obscur surgissent les monstres* »⁸⁹. Du point de vue de la transition numérique, ces monstres sont légion si l'on se fie à certaines légitimes appréhensions⁹⁰: fuite et perte de la pensée, contrôle permanent de l'activité, réduction des temps passés au lit du patient au profit des temps face à l'écran d'ordinateur, archives ineffaçables, pour ne citer que certaines d'entre elles. Néanmoins, sur le site de la Fondation Vallée, la hauteur et le degré de l'obstacle varient selon les filières : les infirmiers et les aides-soignants, déjà conquis à l'informatisation du circuit médicament et formés aux transmissions ciblées, seront vraisemblablement les plus à même de parachever la numérisation du Dossier Patient. Pour les éducateurs et les rééducateurs, eux-aussi pourtant formés aux transmissions ciblées, le frein idéologique est plus

⁸⁹ GRAMSCI A., 1978, *Cahiers de prison, Tome III*, Gallimard, Paris

⁹⁰ MAYERE A., 2016, Congrès « *Impact des Systèmes d'information* », Institut Fédératif d'Études et de Recherche Interdisciplinaires Santé Société, Toulouse 29-30 septembre

opérant⁹¹. La transcription de leur activité est discontinuée en quantité et surtout relève de la narration, essentiellement vouée à la destination de compte-rendu. Les arguments qu'ils prononcent contre une réforme informatique font état de la réduction et de la simplification de leur activité du fait d'un espace narratif contraint sur les futurs onglets numérisés. De même, leur pratique échappe sans doute à une expression clinique traditionnellement formulée en données, actions, résultats.

Par-delà le manque d'engagement et les discours prophétiques jurant l'enfer numérique à qui s'essaieraient à ce nouvel outil, une autre difficulté sera d'agir sur l'ensemble des éléments et l'ensemble des vecteurs. Du chef de projet aux collaborateurs, sans oublier les responsables opérationnels, une obligation à la synchronisation et à l'incorporation de tous dans chaque étape du processus reste un aspect déterminant. Le danger résidant dans la satellisation des opérateurs : que les personnes intéressées et motivées procèdent en vase clos, qu'il y ait oubli de certains soignants (moins « doués » en informatique), que les pilotes soient vécus comme affranchis du quotidien et du « vrai travail », que les opposants soient stigmatisés ou au contraire influents, qu'il n'y ait point de capillarité transformatrices entre soignants à partir des nouvelles pratiques, et la machine projet se verra chroniquement grippée.

L'appréhension des utilisateurs ?

Déjà, en 1997, le professeur de santé publique québécois Claude Sicotte pointait le fait de l'implantation informatique comme « *une innovation informationnelle qui touche le noyau opérationnel de l'hôpital* »⁹², en décrivant l'évolution majeure que constitue le DPI et ses capacités transformatrices affectant en premier lieu les pratiques professionnelles. Il convenait donc d'en étudier l'impact sur la Fondation Vallée. Force est de constater que l'informatisation a suscité une crainte mesurée du personnel : à la question soulevant les appréhensions, on le verra ultérieurement, les réponses font état majoritairement d'inquiétudes face aux éventuelles avaries techniques. Cette problématique technico-organisationnelle engendrée par l'informatisation revêt une importance insoupçonnée pour certains acteurs. Au regard des réponses obtenues dans l'enquête interne, nous procéderons graduellement sur une série de possibles difficultés évoquées par les soignants à travers leurs réponses. Parmi elles, il y a la non-appropriation de l'outil informatique. Cette observation est sensible pour les professionnels qui au quotidien et dans leur usage personnel, ne sont pas familiers de l'ordinateur. Ils restent néanmoins minoritaires (6 réponses font mention d'une absence préjudiciable de connaissances informatiques)

⁹¹ Échantillon du report de réponses de l'annexe 2

⁹² SICOTTE C. ; *Le dossier patient informatisé : écueils à l'implantation* ; Sciences sociales et santé ; avril 1997, p.2.

La peur de l'ignorance instrumentale de l'outil est en résonance avec les suggestions de ces soignants pour se former avant tout à l'accès au clavier et à la culture réseau. Si les formations proposées ciblent essentiellement une connaissance du logiciel DPI, alors ces personnes ne se soulageront pas de leur écueil premier et verront leurs frustrations accrues et leur identité professionnelle cantonnée à : « *allergiques aux ordinateurs* » ou « *handicapée du numérique* », selon leurs propres termes.

En étant strictement axées sur les fonctionnalités du logiciel et son utilisation, les formations ignorent potentiellement les connaissances des utilisateurs en matière informatique. Tout gager sur la seule formation dédiée au DPI c'est aussi prendre le risque d'obtenir une trop forte hétérogénéité des résultats. Degoulet et Fieschi avaient en 1998, affirmé que la formation des personnels de santé à l'utilisation d'outils informatiques est bien nécessaire, mais insuffisante, voire inadaptée à leur niveau de compétences dans ce domaine⁹³. Ainsi, pour le personnel en difficulté, l'acquisition technique de l'instrument informatique va essentiellement se faire « sur le moment », c'est-à-dire en situation de prise en charge des patients. Conséquence, la meilleure disponibilité des données procurée par l'informatisation est obérée par une accessibilité davantage précaire due à la faible maîtrise de l'outil par ces professionnels.

L'avantage de l'enquête interne aura peut-être le mérite de pouvoir aider les personnes en difficulté dans l'usage des outils numériques, en leur proposant des formations individualisées.

La surenchère du numérique et ses aléas

Un nombre important de professionnels de santé ont exprimé une crainte qui fait état de l'envahissement de leur travail par les déboires hypothétiques de l'informatique. En effet, près de la moitié des réponses obtenues font état de craintes liées au risque de pannes intempestives, d'arrêts incontrôlés, de l'obsolescence récurrente et programmée des logiciels, du recours fréquent à la procédure dégradée, des pertes de données et des lenteurs dans les transmissions de l'information.

Échaudés sans doute par certaines pannes constatées sur le circuit du médicament actuellement informatisé, les soignants anticipent les mêmes avaries pour le DPI et ce, de façon exponentielle. Force est de reconnaître les césures provoquées par les demandes d'évolutions formulées auprès des prestataires qui entraînent l'ajout par ces derniers de nouvelles fonctionnalités. Le paramétrage par le service informatique sur le logiciel de soins occasionne des risques accrus de blocage lors de ces opérations de maintenance. La fréquence de ce type de risque est assez élevée. Et la lassitude à l'égard de l'outil informatique est perceptible dans les fiches d'évènements indésirables prononcées par les soignants et recueillies par la cellule qualité. Le risque de pertes de données est lui limité en raison de mise en place d'un mode dégradé

⁹³ DEGOULET P., FIESCHI M., *Informatique Médicale*, Collection Abrégés, 1998.

accessible sur chacun des postes fixes des bureaux soignants. Il est important de prendre en compte les problèmes de de cet ordre car, selon E. MINVIELLE et X. BERBAIN⁹⁴, leur répétitivité engendrent le développement connu des « *pratiques compensatoires* ». En effet, face à un problème informatique, les professionnels peuvent être amenés à noter les informations sur support papier, le conserver pour eux, et ne pas le retranscrire sur le logiciel lorsque celui-ci se retrouve en état de marche. Les effets de ces pratiques compensatoires sont alors peu maîtrisés, puisque certaines données essentielles à la prise en charge du patient peuvent ne pas figurer dans son dossier.

La version « *big brother* » du DPI

Une autre crainte, minoritaire mais évocatrice, est celle de voir l'outil DPI devenir un instrument de contrôle et de rationalisation des pratiques professionnelles. Pour certains agents, l'introduction de l'informatique constitue une ingérence des équipes de direction dans leurs pratiques : « *contrôle direct de l'activité* », « *incitation à la performance* », « *traçage individuel et risque mise en compétition des soignants* ». L'informatique deviendrait un biais par lequel « *l'administration* » pourrait à sa guise apprécier le « *rendement* » des agents, filtrer les informations transmises et de façon générale, contrôler leurs pratiques au quotidien. Sous-tendu par ces modalités, il serait possible d'évaluer la contribution du soignant à la bonne marche de l'établissement, et à cet effet, se servir de l'informatisation comme un outil de régulation des effectifs. L'intérêt de ces remarques repose sur l'idée que les intermédiaires habituels censés évaluer l'activité, à savoir l'encadrement de proximité, sont écartés de ce nouveau circuit contrôle. L'administration, le système en lui-même devient acteur et instrument auto-instruit d'un espionnage conditionnel.

La difficile disparition du papier, un nouveau matériel attendu et déjà inopérant

Une des conséquences potentielles de l'installation du DPI est ainsi évoquée par une partie des futurs utilisateurs : l'angoissante substitution du support papier par le numérique et la probable désuétude annoncée de l'écriture calligraphiée accessoirement qualifiée par certains de « *plus humaine* ». Cette épreuve transitionnelle est également à considérer car, certaines expériences récentes à l'appui en font foi, (circuit informatisé du médicament implanté en 2015) le temps de la cohabitation papier/numérique est semble-t-il nécessaire au « *deuil* » de quelques utilisateurs. La question du nombre d'ordinateurs est également posée au regard du besoin de la nouvelle écriture : y-aura-t-il suffisamment d'unités informatisées pour tous les soignants ? Faudra-t-il attendre son tour pour faire ses transmissions en cas de PC occupé ? Autre conséquence attendue, les relations avec l'administration rendues difficiles par

⁹⁴ BERBAIN X., MINVIELLE E., 2001, *L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage*, Sciences sociales et santé, Volume 19, Numéro 19-3, p. 77-106.

un DPI à l'interopérabilité déficiente. L'inquiétude émerge parfois autour d'un service après-vente qui n'interviendrait que trop tardivement et majorerait les fossés d'incompréhension entre le traitement des données opérées par le service des « admissions », par exemple, et les données du patient détenues par les soignants.

2.7 Une note générale positive

La formation plébiscitée

Comme une immense bouée, la nécessité d'une formation à l'informatique, aux outils numériques et aux logiciels trouve une approbation quasi générale dans les réponses données par les futurs utilisateurs. Qu'elles soient portées au registre de l'attente ou celui de la crainte, ces fortes sollicitations sont présentes sur 95% des questionnaires retournés (39). Si l'on écarte les rares personnes démunies et dépossédées de toute initiation au numérique, le reste des agents insistent sur le temps et les obligations d'apprentissage utiles à la complète maîtrise du futur DPI. On pressent ainsi les vertus apaisantes qu'engendrerait la programmation d'un plan de formation présenté à la communauté soignante. Le prestataire est à ce titre souvent convoqué dans la responsabilité et l'impératif qu'il doit honorer sous le thème de la formation, ainsi qu'il lui est demandé une fiabilité exemplaire durant le déploiement technique.

Se détache enfin de l'ensemble des questionnaires recueillis à l'occasion de cette consultation interne, le ressenti des différents professionnels de santé à l'égard du DPI qui nous dévoile une connotation prometteuse. Les réponses faisant état d'amélioration et de simplification procédurale espérées par l'implantation du DPI sont éloquentes : « *gain de temps* », « *sécurité des transmissions* », « *clarté des données* », « *informations immédiates et disponibles* », « *partage des pratiques* » pour ne citer que celles-ci. D'autres mentionnent qu'ils n'auront « *plus à cavalier partout* » ou « *se bagarrer pour avoir le dossier de soins afin d'y porter une information* ». Signalé aussi, le retard pris par l'hôpital et plus généralement par le monde de la santé sur les motifs de l'informatique : « *il serait temps !* », « *si l'on veut l'hôpital moderne, il faut lui en donner les moyens* ». Les infirmiers sont majoritairement les grands requérants de ce changement, habitués il est vrai à l'utilisation numérique du circuit du médicament. Comme pour les sondages, les intentions et les avis exprimés portent une valeur relative qu'il est prudent d'estimer et de réserver d'abord à la taille de l'échantillon. En conclure que l'ensemble d'un hôpital attend l'informatisation du Dossier Patient comme l'on peut espérer un traitement de dernière chance serait bien entendu une imprudence. Cependant, une hyperthermie, si elle ne dit pas tout de la maladie, dit quand même la maladie. Et cette enquête aura eu au moins l'avantage de rassembler quelques réactions, quelques humeurs de soignants vis-vis de ce qui pourrait transformer le quotidien de leur pratique. Il est toujours heureux de voir que la première vague de l'écho provoqué par le bruit de cette enquête, montre des agents sensibles et

à priori concernés par l'installation et le développement du projet. Dans le cadre de la mission qui m'est confiée, l'indicateur est d'une portée encourageante : si l'on s'en réfère au rôle qui m'oblige à obtenir la participation originelle de toutes les parties, le terrain où se produit le soin semble à présent accessible à cette co-construction. Il nous reste à alimenter cette atmosphère favorable en répondant méthodiquement, et en se référant à des expériences récentes qui ont vu le DPI être implanté sous d'autres cieux, ou d'autres institutions.

3 Les préconisations

3.1 Série d'entretiens

Une partie de la réussite de l'informatisation du dossier patient ne pourra en effet congédier la nécessaire prise en compte des considérations précédemment invoquées par les soignants. Les grandes tendances sur l'acceptabilité sociale, les suggestions techniques et idéologiques, les avis francs et implicites énoncés par les personnels seront de précieux conducteurs à l'orientation de la démarche de déploiement. S'il est entendu de considérer la veine prospective pour influencer sur le processus, il nous est apparu qu'il était tout aussi juste de s'appuyer également sur l'expérience. C'est donc à partir du témoignage de personnes ayant contribué ou participé au déploiement du DPI dans leurs institutions respectives, que nous nous essaierons à quelques préconisations pour le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée.

Les limites, l'intérêt des entretiens

Le délai qui nous était réservé a, de fait, circonscrit cette petite enquête à quelques sujets ciblés. Dans les deux hôpitaux dédiés à l'examen, nous avons consulté les personnes dont les missions dans le déploiement du DPI correspondaient au mieux au rôle de qui nous reviendra sur le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée. Cette étude qui n'a pour le moins aucune prétention à l'exhaustivité, aurait sans doute nécessité le recours à un panel plus large d'établissements et de personnels interrogés, aux différentes étapes du déroulement de leur projet. Ainsi, nous avons interviewé des personnels d'encadrement et de direction car nous avons limité l'objectif de ce travail à l'élaboration de préconisations à observer lors de la mise en place du DPI, au service d'une institution qui se consacre à la psychiatrie infanto-juvénile. Exception faite du médecin DIM, nous n'avons pas interrogé les utilisateurs médicaux. Nous nous sommes surtout intéressés au rôle des cadres supérieurs ou leur équivalent, et à l'approche des soignants devant l'informatique en santé. L'étude, à ce titre, examine l'action engagée par les comités de pilotage DPI, pour la compréhension du projet par la communauté paramédicale utilisatrice des outils informatiques. Ce travail aurait pu y gagner d'une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs des deux hôpitaux investigués, qui bénéficient actuellement d'un déploiement du DPI parachevé.

L'intérêt de ce travail réside avant tout dans la comparaison de deux sites dont l'activité est réservée au registre psychiatrique et pédopsychiatrique, à l'image de celui du Centre Hospitalier de la Fondation Vallée. Deux institutions, deux démarches, deux réalisations en cours susceptibles d'offrir quelques clés d'actions à la fois sur les temps de cette

action mais aussi, sur les épreuves à comprendre et affronter. Pour le cadre supérieur, une occasion de se situer de façon précise dans la démarche d'ensemble et de recentrer ses missions : engager les cadres et les soignants dans la formation et l'utilisation de l'outil DPI.

Les questions qui jalonnent l'enquête⁹⁵ visent à établir un contour de compréhension dans le suivi des organisations de soins, la politique de gestion des ressources humaines, le management des cadres, le positionnement du cadre supérieur de santé, la communication, l'accompagnement au changement et la création d'une culture d'établissement.

3.2 Les lieux de l'entretien

- L'établissement A est un Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie générale (3 secteurs) et infanto-juvénile (4 secteurs) de la région parisienne. Le dossier patient informatisé est déployé depuis 2015. J'ai rencontré un cadre de santé très impliqué dans la démarche formation au cours de l'implémentation et le médecin du DIM
- L'établissement B est un ESPIC de la région parisienne, sous régime associatif, couvrant des secteurs psychiatriques adultes et infanto-juvéniles. Le dossier patient informatisé a été déployé en 2014. J'ai rencontré le Directeur des soins et un cadre supérieur du pôle enfants.

Deux lieux, deux méthodes, des écarts et des parentés.

Pour les deux établissements, l'enquête s'est prononcée à partir de l'implantation récente de leur DPI. Au mieux, deux années séparent les lancements de projets du déploiement et pour les deux hôpitaux, ils sont encore en cours. Les comités de pilotage dévolus aux deux projets sont de nature différente : l'établissement A s'est appuyé sur la forte compétence du médecin DIM, alors que l'établissement B a opté pour une grande implication du Directeur des soins, accompagné d'un technicien du département d'information (TIM). Dans les deux établissements étudiés, la Direction des soins a occupé une place décisive dans la préparation du projet, que ce soit dans le choix de l'éditeur du logiciel, lors des réflexions avec les services d'information ou lors de l'établissement du cahier des charges à l'intention des éditeurs.

Pilotes

L'établissement A avait mis en place des réunions de préparation médicales et paramédicales, afin de travailler sur les organisations et les résistances. Pour le coordonnateur central des soins en charge de ce projet pendant 4 ans, le travail était centré sur l'anticipation des développements, de la formation, des échanges inter

⁹⁵ Cf. annexe 1

services entre professionnels et des offres de formation pour les soignants. L'actuel médecin du DIM a été nommé depuis 5 ans. Il s'est à la fois concentré sur le développement technique mais a tenu à faire de l'accompagnement des agents et leur adaptation au nouvel outil un enjeu majeur. Il fallait sécuriser certaines pratiques professionnelles et de nouvelles organisations, telles que les recueils obligatoires administratifs et soignants et à cet effet, une formation en situation de travail, y compris sur des séquences de nuit, s'est avérée indispensable. Pour ce faire, le médecin du DIM a engagé une collaboration étroite avec les cadres de proximité, relais des états d'avancement et organisateurs des formations internes.

Dans l'établissement B, c'est donc le Directeur des soins qui a été détaché sur le projet. Il a organisé les modalités d'implantation tout au long du développement du projet. Les agents ont pris connaissance au fur et à mesure du nouveau dossier et des nouveaux matériels. Il s'agissait de lever tous les facteurs d'inquiétude possibles. Le personnel a été largement associé à la préparation et sollicité par les comités de pilotage et au sein des groupes de travail. Plusieurs groupes de soignants ont travaillé à harmoniser leurs pratiques professionnelles du fait de regroupement de services en pôles.

À partir des propos recueillis, nous avons pu soupeser combien il était important pour les pilotes d'accompagner le changement pour tous les corps de métier. Ainsi, le Directeur des soins de l'établissement B a été très attentif aux métiers de rééducation. En effet, les passages harmonisation des écritures sont un moment clés de compréhension commune du DPI. Lorsqu'il le pouvait, les deux hôpitaux ont profité de l'appui opportun de soignant ayant eux-mêmes participé à des implantations DPI chez leurs précédents employeurs.

Déploiement

À partir de leur histoire, culture et origine, de leurs différences de conception du soin (ancrages théoriques divergents), les deux hôpitaux ont établi des choix distincts d'éditeurs et de prestataires et se sont également distingués sur la démarche à adopter au moment du déploiement du DPI : l'établissement A s'est ouvertement fié au développement massif et simultané de l'outil sur toutes ses unités, ce que l'on peut appeler l'implantation « big bang ». L'autre institution, au contraire, a choisi la progressivité et le développement à partir d'unités pilotes. Enfin, les deux établissements, pour différentes raisons, ont eu à affronter une période de tension pendant l'installation et dans les semaines qui ont suivi.

La conception du déploiement logistique et des matériels informatiques a pour les deux établissements été antérieure au développement du DPI. Un constat commun après les premières utilisations sur les unités témoigne du sentiment d'inadaptation du DPI à l'activité, due en partie aux imprécisions des caractères prédéfinis des recueils cliniques.

La phase de préparation et d'anticipation avant le déploiement est aussi évoquée par les deux institutions comme déterminante : ne pas l'initier de façon trop précoce car les équipes évoluent, les problématiques changent et le risque de démobilisation est toujours patent. Pour l'hôpital A, six mois ont été nécessaires pour permettre les échanges d'équipe, l'acquisition de compétences et la détermination d'organisations. La phase d'appropriation de l'outil par des

visites formation en amont de l'installation faisait partie de cette préparation des équipes.

De la com et des outils

La démarche communication a été considérée par chacun des deux hôpitaux comme essentielle au processus et a été abordée différemment et parfois de façon très originale par chaque établissement. Cette notion sera évoquée à nouveau dans la partie sur les préconisations. Cela va sans dire, les deux institutions ont estimé l'accompagnement des équipes avant l'installation du DPI comme déterminant pour la période qui va suivre le déploiement. Ainsi, l'hôpital B a informé de l'avancée du projet par des rencontres et des réunions accessibles à tous. À la fin du déploiement, la Direction a organisé une rencontre générale à l'attention de tout le personnel.

Le Directeur des soins, le cadre supérieur et le cadre des deux institutions confirment l'importance d'établir des check-lists pour l'installation du DPI et pour les premiers temps de prise en main. Des fiches pratiques de vigilances, des listings de vérifications et de traçabilité sont estimés de tous. La visée principale est l'autonomie rapide des équipes et pour ce faire, une mise à disposition d'outils favorables à cette autonomie : annuaire des personnes à contacter, fiches procédures, condensés des manuels d'utilisation.

Quelques ressources humaines

Au compte des deux institutions également, les personnes ayant contribué au développement du DPI mentionnent l'indispensable gestion des ressources humaines et surtout, l'indispensable aide apportée par le responsable de ces mêmes ressources. La collaboration avec la DRH a été déterminante pour le envisager le plan de formation lié au DPI et à l'acquisitions des nouvelles compétences. Conformément aux schémas de déploiements envisagés par les deux structures, la formation en pré-installation avait été priorisée sur des services pilotes pour l'établissement B et en amont sur l'ensemble des unités par l'établissement A.

De l'utilité du cadre

On retrouve dans les différents entretiens la nécessité d'être attentif aux suivi des formations des équipes et la place tenu par l'encadrement pour maintenir cette vigilance. Les intermédiaires que sont les cadres, référents du projet ou non, sont les plus à même d'encourager et valoriser les préconisations initiales émanant de la Direction des soins.

Le Directeurs des soins comme le médecin DIM comptent sur les cadres supérieurs et sur le cadre de santé référent, pour soutenir les équipes dans l'effort d'acquisition des pratiques liées au numérique. Les méthodologies varient alors selon les cadres : débriefings en fin de semaine de formation, réajustement des plannings, présences et animation de réunions au moment des transmissions, prises en compte des demandes de remplacement des effectifs.

La place et la fonction du cadre supérieur au cours de la démarche semble la plus repérée dans cet espace qui encourage les initiatives, les idées d'ajustement et la collaboration au sein des pôles et dans l'institution.

Ces grandes tendances observées dans les déploiements du DPI des deux hôpitaux interrogés vont être déclinées de façon plus ciblées à des fins de préconisations.

3.3 Ce que l'on peut aussi faire

Les préconisations qui découlent de l'analyse des entretiens réalisés, n'ambitionnent pas de refaire l'entière démarche prévue et soutenue dans la première partie de ce mémoire. Elles sont issues de l'examen du questionnaire et s'autorisent à émerger sur des thèmes où il semblerait qu'il y ait possibilité d'influer en terme d'amélioration et ce, sous l'instigation du cadre supérieur. Il ne s'agit pas de prôner des calques modélisateurs applicables en toute circonstance, et ce qui vaut pour une institution n'est pas gage de réussite pour une autre. Ces préconisations sont des appoints contingents qui doivent être réévalués à la hauteur de leur adaptation au projet initial du Centre Hospitalier de la Fondation Vallée.

Choisir le bon développement

Compte-tenu des similitudes structurelles recensées auprès de l'hôpital B référencé dans l'enquête, un déploiement progressif à partir d'unités pilotes semble le plus adapté aux ambitions du Centre Hospitalier de la Fondation Vallée. La taille de l'institution lui vaut une équivalence modeste en terme de moyens techniques et logistiques. Cela ne l'autorise donc pas en effet à soutenir une démarche « *big bang* » qui certes, occasionnerait un déploiement immédiat et général du DPI, mais demanderait à ce titre un soutien et une réactivité de même circonférence en cas de dysfonctionnement. Au demeurant, l'effet de capitalisation du déploiement sur les premières unités permettra aux derniers services équipés d'être plus finement évalués sur les fonctionnalités proposées par le DPI⁹⁶. Cette notion de capitalisation est fondamentale car elle doit être accompagnée d'une montée en charge du service rendu par l'équipe projet.

Maintenir la communication

La communication, grande intention souvent insaisissable, doit pourtant produire sa part d'effet lors d'une de conduite de projet, par surcroit lorsque le champ à promouvoir revêt un fort caractère technique et innovant. Le journal interne de l'établissement, disponible sur l'intranet, qui constitue déjà aujourd'hui le support de diffusion de l'actualité locale, doit relayer en conséquence les étapes d'installation du DPI. Pour ne pas s'arrêter en si bon chemin, la communication autour du DPI doit être poursuivie aussi après la finalisation du déploiement. En effet, les évolutions apportées, les modifications des certaines fonctionnalités, ou les nouvelles versions du logiciel, doivent faire l'objet d'annonces repérées par les utilisateurs. Le cadre supérieur référent se doit d'être le relai principal de diffusion auprès des cadres de proximité.

⁹⁶ BONTHOUX T., LEREUN R., PLASSAIS O., Juin 2015, *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatique*, Hôpital numérique, ANAP, p.7.

Surveiller les transmissions écrites

Les transmissions écrites des professionnels de santé, parfois élément faible du Dossier Patient, deviennent élément fragile si elles ne trouvent pas de correspondance logique dans la transposition numérique proposée par l'éditeur. Une mauvaise appropriation de l'outil informatique voire du logiciel DPI, le manque de temps, mettra à mal la portée clinique de la pratique des infirmiers et des soignants en général. C'est pourquoi, il convient pour le cadre supérieur et les cadres de santé, de veiller aux premières productions d'écrits numériques aussitôt le logiciel lancé. S'il est avéré sur le site de la Fondation Vallée que les transmissions sont trop peu fournies, peu adaptées, il sera notamment nécessaire d'envisager de nouvelles sessions de formation des utilisateurs. La responsabilité des professionnels peut en effet être engagée en cas de dommages consécutifs d'un défaut de prise en charge. Rappelons que la loi du 13 mars 2000⁹⁷ légitime la valeur de l'écrit électronique qui a la même force probante que l'écrit sur support papier.

Faire du réseau un réseau

Il est à parier que d'autres centres hospitaliers feront le même choix de prestataire que la Fondation Vallée. L'initiation d'un dialogue entre établissements équipés du même outil est, de l'avis expérimenté, souhaitable pour l'ensemble des parties. L'utilisation de visio-conférences réunissant les équipes pilotes de chaque hôpital est à envisager car elle permet de faire émerger des problématiques communes et de les faire valoir auprès du prestataire. Chacun peut imaginer l'influence plus conséquente d'une telle démarche auprès de l'éditeur, tenu informé des problématiques récurrentes et appelé à une réactivité sur le réajustement technique. De l'avis général encore, il n'est pas non plus nécessaire lors de ces visio-conférences de s'engager sur la revendication amère et les mauvaises relations avec le prestataire...

Former et reformer

Avertissement majeur des enquêtes comme des entretiens, aucune évolution des pratiques des professionnels de santé, à fortiori lorsqu'elle passe par le canal numérique, ne saurait souffrir d'absence de formation. Avertissement qui doit se muer en alarme lorsqu'on imagine les fonctionnalités de la solution DPI seront amenées à évoluer dans le temps et à se transformer au gré des besoins des soignants et des spécificités des nouveaux modes de prise en charge. Pour tenir confortablement cette évolution, il est obligatoire d'aménager le processus de formation des professionnels à l'outil. Et ce processus de formation doit s'inscrire tout au long du parcours professionnel de l'utilisateur et lui permettre de bénéficier d'une actualisation permanente de ses

⁹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005629200>

connaissances et de son expertise sur le DPI. Ce processus de formation gagne par ailleurs à être accueilli par l'utilisateur du DPI comme un élément de réussite supplémentaire et non comme une charge de travail inutile. Cet engagement dans la formation doit pouvoir s'adresser à chaque utilisateur : nouveaux arrivants, qui devraient pouvoir bénéficier d'une formation individualisée au logiciel, si possible dans les 15 jours qui suivent leurs prises de poste, et utilisateurs quotidiens déjà formés, via une plateforme d'*e-Learning* sur laquelle ils pourront améliorer leur utilisation du DPI

Créer un manuel d'utilisation ad hoc

Le guide de l'utilisateur du DPI doit être un produit maison. Lorsqu'on évoque la prise en main du logiciel avec les responsables de déploiement, tous tombent à peu près d'accord sur le fait d'éviter de confier le manuel d'utilisation de l'éditeur aux équipes, accompagné du message « *en cas de blocage, ou de question, consultez-le* ». Tous s'accordent aussi à constater que les explications complètes mais parfois fastidieuses de ces manuels éloignent les soignants plus qu'elles ne les rassurent. Ainsi, le guide d'utilisateur du DPI se doit d'être refait selon la tonalité professionnelle de l'institution, en tenant compte des FAQ (foires aux questions) recueillies dans les premières semaines de fonctionnement. De même qu'un certain nombre de supports documentaires dans le parcours de formation DPI sont à réaliser, comme une vidéo pédagogique d'utilisation du logiciel sur intranet ou encore d'une grille d'évaluation de l'agent à l'usage du logiciel.

Demander l'avis des patients et de leur famille

Les nombreuses vertus du DPI formulées dans ce mémoire le sont néanmoins à l'avantage des professionnels. Un autre travail eut été de mesurer les transformations attendues pour les usagers. Entre autres sujets, la sécurité des soins, l'accès au Dossier Patient, les données personnelles sécurisées, la facilité d'obtention des informations doivent pouvoir être également évalués par les patients et leurs familles, via leur représentants à la Commission des Usagers. Une enquête de satisfaction qui évoque la perception qu'ont les usagers de l'outil informatique devrait être également réalisée.

Demander l'avis des professionnels de santé

Les transformations objectives induites par le DPI sur le travail des soignants, et déjà partiellement abordées, se doivent d'être complétées par une analyse d'autres changements pour l'instant invisibles. Ces modifications comportementales ne seront à portée de compréhension qu'une fois l'outil DPI expérimenté sur une période relative. Aussi, ces impacts et ces conditions de travail des professionnels pour l'instant impalpables, auraient eux aussi nécessité

être jaugés au moyen d'une enquête de satisfaction remise à l'ensemble des utilisateurs au terme, par exemple, d'une année d'exploitation.

Évaluer et se faire évaluer : retour sur investissement (ROI, *return on investment*)

Désir sous-jacent de toute organisation sanitaire, la mise en route d'un projet informatisé et le changement profond des dispositions des conditions de travail et de prise en charge des usagers qui s'y accrochent, doit pouvoir libérer quelques bénéfices. Attendus sur ce registre, une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des gains financiers corrélés à la non redondance des examens, une baisse de la consommation de papier, ou encore des gains de productivité grâce au logiciel de prescription connectée.

C'est à partir d'un retour sur investissement qu'il faut envisager aussi la réussite de l'implantation du DPI, et en ce sens, le Centre Hospitalier de la Fondation Vallée pourrait avoir recours à un cabinet de conseil. Ce ROI pourrait avoir lieu en 2018, après la montée en charge du DPI sur l'ensemble des unités d'hospitalisation. Cette mesure des bénéfices de l'informatisation, déléguée à l'expertise d'un tiers, doit permettre à la Fondation Vallée de convenir des axes d'amélioration de l'utilisation du DPI pour les années à venir.

3.4 Comment saura-t-on que ça a marché ?

Si, par convenance, l'on ne tenait pas entièrement compte des préconisations précitées, et que l'on se référait à la démarche convenue en début de travail, plusieurs axes d'évaluation pourraient néanmoins attester de l'efficacité de l'implantation. D'un point de vue technique et à partir des deux unités pilotes, le recueil analysé par le DIM et la Direction des Soins sur l'utilisation du DPI sera évidemment l'indicateur clé. Le nombre, la nature des actes et les cibles produits par les soignants seront les sources essentielles de l'évaluation. La force de cet indicateur provient de son auto-entretien : il revêt les formes d'un audit permanent réservé à la bonne tenue organique du Dossier Patient, dont les données sont instantanément extractibles. D'autres indicateurs physiques seront à prendre en compte : disparition des supports papier, circuit des archives, etc.

Les responsables opérationnels veilleront à informer les soignants de la nécessité à rapporter systématiquement tout dysfonctionnement rencontré dans l'utilisation du DPI. Le nombre de Fiche de Signalement d'Événements Indésirables (FSEI) recueilli à la cellule qualité deviendra un autre élément de constat d'avancée ou de butée.

Un questionnaire sera distribué au bout d'un an d'implantation du DPI, qui auditera l'accès, la facilité d'emploi, la connaissance, le niveau de formation de l'ensemble des soignants utilisateurs.

Enfin, les responsables opérationnels des unités se verront remettre un carnet, à l'image d'un portfolio IDE simplifié, sur lequel ils recenseront les écarts de niveau de formation de leurs soignants.

Indicateurs/chargé de suivi	DIM	SIH	Responsable opérationnel	Qualité	DRH
Traçage activité	XX	XX	X	XX	X
FSEI	0	XX	X	XX	0
Processus formation	0	X	XX	0	XX
Transition papier	XX	XX	X	XX	0
Questionnaire utilisateur	0	X	X	XX	X
Livret formation	0	X	XX	X	XX

0 = non concerné par l'indicateur X = concerné par le recueil XX = impliqué dans le recueil

Le responsable opérationnel, en général cadre de l'unité, devient le professionnel pivot du processus évaluation, sur le contrôle de la transition comme sur les offres formation. Le service d'information de l'hôpital et la Direction qualité sont les premiers réceptacles des indicateurs physiques.

Ceci constituerait un ensemble de modalités évaluatrices minimales que l'on pourrait adapter à notre démarche, aussi simple soit-elle, et n'engage aucunement les futures décisions de déploiement qui seraient prises par la Direction du GHT, quelles que fussent leur portée techniques ou humaines.

Conclusion

Le projet d'informatisation du dossier patient au Centre Hospitalier de la Fondation Vallée ne verra certainement pas le jour en cette année 2017. Inutile de faire de ce report le sanctuaire prématuré du rêve numérique. Tout au contraire, il nous est donné l'occasion de profiter de ce moratoire pour y inscrire quelques éléments d'appoints dans une démarche de construction et de développement qui marquera profondément les organisations de travail à l'hôpital. C'est une convocation de l'ensemble des acteurs pour que l'outil informatique devienne progressivement, intelligemment, durablement, un média professionnel dédié à l'efficacité de la transmission et de la sécurité des soins.

Il faut compter sur certains services pionniers du Centre Hospitalier de la Fondation Vallée qui œuvrent déjà à l'appropriation d'un pré-numérique, avec pour pépinière interdisciplinaire le circuit informatisé du médicament. Cette dynamique est aujourd'hui à propager à d'autres activités indépendamment des réserves parfois exprimées par certains professionnels : le bouleversement des pratiques que génère l'informatisation concède, on l'a vu, quelque inquiétude. Mais plus explicitement encore, le projet numérique suscite impatience et attrait chez une majorité de soignants. Le management opérationnel et la communication sont à ce titre des vecteurs d'acceptabilité sociale essentiels à la réponse à cette attente. Le rôle du cadre supérieur, missionné ou non sur le projet, doit tenir cette ligne managériale dans sa posture d'animateur d'équipe de cadres et d'équipes soignantes.

L'évolution des technologies conduira les établissements à se pourvoir d'outils de plus en plus compétitifs afin de garantir les meilleurs soins aux patients et les meilleures pratiques aux soignants. L'informatisation du dossier patient n'est qu'une étape sur la route de la transition numérique. Les politiques du SIH vont devenir des clauses de plus en plus décisionnelles du chainage hospitalier et il serait dommage et contreproductif de ne pas se tenir éveillé face aux évidentes mutations organisationnelles.

Les réflexions sur l'adaptation au défi informatique menées par les équipes de Direction ont intégré le périmètre de la loi de santé⁹⁸, laquelle a organisé les groupements hospitaliers de territoire. Dans ce cadre, la loi demande aux établissements de faire converger leurs systèmes d'information. Appuyé en ce sens par le rapport intermédiaire *Missions Groupements Hospitaliers de Territoire* qui rappelle qu'« *il n'est pas possible, ni souhaitable dans le contexte de contrainte budgétaire, de remplacer l'ensemble du parc logiciel immédiatement. Il s'agira plutôt d'avoir une cible convergente de l'ensemble des établissements du GHT pour pouvoir, à terme, travailler sur les mêmes outils, quel que soit le lieu d'exercice dans le GHT* »⁹⁹. Dans cet esprit, la direction du Centre Hospitalier

⁹⁸ Loi de modernisation du système de santé, adoptée par l'assemblée nationale en première lecture, 14 avril 2015

⁹⁹HUBERT Jacqueline ; MARTINEAU Frédéric ; *Mission Groupements Hospitaliers de Territoires* ; Rapport intermédiaire ; Mai 2015 ; p.33.

de la Fondation Vallée a répondu et engagé une phase de dialogue avec l'établissement support (Groupe Hospitalier Paul Guiraud) et l'EPS Érasme, afin que leurs systèmes d'information concourent à une interopérabilité, malgré la variété des logiciels utilisés. La création d'un SIH commun infère, pour les trois établissements et leurs systèmes d'information, la nécessité d'utiliser un langage commun susceptible de favoriser les bonnes pratiques, et *de facto*, de promouvoir une véritable démarche qualité.

En conséquence, si la démarche numérique semble en œuvre sur les centres hospitaliers, il convient désormais de penser la coopération territoriale des SIH. Ceci pour répondre à un avenir technique opérationnel. Mais l'équivalent territorial est aussi à imaginer du point de vue des soignants. L'interopérabilité des logiciels verra les modalités des pratiques soignantes se porter hors du simple esprit local, et si, dans la clinique fondatrice de la Fondation Vallée, le « *croisement des regards soignants* » demeure une devise respectée, elle doit à présent s'entendre pour tous les regards qui seront déposés par un Dossier Patient Partagé par les professionnels de santé, les patients et leurs familles.

Bibliographie

Ouvrages

- ALIZART M., 2017, *Informatique céleste*, Paris : PUF, 202 p.
- ALTER N., 2006, *Sociologie du monde du travail*, Paris : PUF, 356 p.
- AUTISSIER D., MOUTOT JM., 2003, *Méthode de conduite de changement, Diagnostic, Accompagnement, Pilotage*, Dunod, 251 p.
- CASTELLS M., 2001, *La société en réseau, l'ère de l'information*, Tome I, Paris , Fayard, 674 p.
- CLAUDE JF., 2003, *Le management par les valeurs, l'appartenance à l'entreprise*, Paris : Liaisons, 264 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, 2014, *L'acteur et le système*, Seuil Points, 512 p.
- DEGOULET P., FIESCHI M., 1998, *Informatique Médicale*, Collection Abrégés , Masson, 246 p.
- DÉTRIE J.P., 2005, *Stratégor : Politique générale de l'entreprise*, Paris : Dunod, 877 p.
- DRUCKER P., 2000, *L'avenir du management*, éditions Village Mondial, 199 p.
- ELLUL J., 2012, *Le Système technicien*, Paris : Le Cherche-midi, 334 p.
- GRAMSCI A., 1978, *Cahiers de prison*, Tome III, Paris, Gallimard, 552 p.
- MENDRAS H., FORSE M., 1983, *Le changement social*, Paris : Armand Colin, 284 p.
- MORIN JM., 1999, *Sociologie de l'entreprise*, Paris : Que sais-je ?, PUF, 128 p.
- PICHAULT F., NIZET J., 1995, *Comprendre les organisations*. Mintzberg à l'épreuve des faits, MORIN, 315 p.
- ROMEYER C., 2003, *Analyse des obstacles à l'implantation d'un système d'information hospitalier traçant les activités : quels enseignements pour les SI et la traçabilité ?*, acte de colloque de l'AIM
- THÉVENET M., 1993, *La culture d'entreprise*, Paris : Que sais-je ? PUF, 127 p.
- WOLTON D., 2009, *Informé n'est pas communiqué*, Paris, CNRS Éd., coll. Débats, 147 p.

Rapports et guides

ANAP, septembre 2013, *Systèmes d'information dans le secteur médico-social, retours d'expériences et grands enseignements*

ANAP, juin 2015, BONTHOUX T., LEREUN R., PLASSAIS O., *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatique*, Hôpital numérique

Droit hospitalier, 8e édition, DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., Dalloz

Mission Groupements Hospitaliers de Territoires, Rapport intermédiaire, Mai 2015, HUBERT J., MARTINEAU F.

<http://social->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf

Revues

BERBAIN X., MINVIELLE E., 2001, *L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage*, Sciences sociales et santé, Volume 19, Numéro 19-3,

DURIEUX D., mars 2001, *La décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines*, Hospitals.be, n°246

HANNAN M., FREEMAN J., 1984, « *Structural inertia and organizational change* », American sociological Review, n°29, 1984, pp.149-164

HANSSKE A., janvier-février 2013, *Tendances et stratégie en systèmes d'information de santé* ; Revue Hospitalière de France n°550, pp.14-15

MESSAADI N., 2016/1, *Information numérique et gestion de la maladie*, Santé Publique Volume 28, pp.77-82

PLANTADE A., février 1995, *La Fondation Vallée. De l'asile à la cure institutionnelle*, L'information psychiatrique n°2

SICOTTE C., avril 1997, *Le dossier patient informatisé : écueils à l'implantation*, Sciences sociales et de Santé

TERRADE F., octobre 2009, *L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques*, in *Le travail humain*, Vol.72, n°4, PUF, pp. 384-395

TUSHMAN M.L., ROMANELLI E., 1985, *Organizational evolution: Ametamorphosis model of convergence and reorientation*. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior*. Greenwich, CT : JAI Press, pp. 171-222

Revues, cours et documents en ligne

BERLAND N., 2014, *Le changement de la culture d'entreprise : Quelles (s) contributions (s) des relations sociales*, Mémoire d'expertise MBA MRH, Paris Dauphine

http://mba-rh.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/site/mba_rh/pdf/Travaux_anciens/Memoire_Dauphine_Culture_Relations_sociales.pdf

Centre d'analyse stratégique, Direction Générale du Travail, *L'impact des TIC sur les conditions de travail*, Rapport & Document n°49, 2012, La documentation Française

http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/raptic_web_light_final28022012.pdf.pdf.pdf

De CONINCK F., 1998, *Les bonnes raisons de résister au changement*, Revue française de gestion, septembre-octobre

http://maxoune4.free.fr/Poub/S8/402%20Reinvention%20de%20l'organisation/MGT402%20Management%20du%20Changement%20-S%20Ronteau/MGT402-%20mgt%20changement%20_%20Discussion%20Leading/Lectures%20S3/Les%20bonnes%20raisons%20de%20r%E9sister%20au%20changement.pdf

DUMOND J. P., Cours 2014, *Les Organisations de santé*, « La Grande Transformation », Master Management & Santé, Théorie de l'action collective, UPEC/IAE

KHOLER F., TOUSSAINT E., mai 2003,

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/staticmed/e-dosmed/cours/dossier%20patient/references/Avantages.html>

PICHAULT F., *Introduction à la théorie des configurations. Du "one best way" à la diversité organisationnelle*, De Boeck, 2001, Bruxelles

<http://www.grh.hec.ulg.ac.be/cours/supports/ITO/syllabus%20ITO.pdf>

MARCHAND X., 2016.2017, *Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail*, S2 ESM

VANDE VELDE B., VAS A., mai 2000, *La résistance au changement revisitée du top management à la base*, IXème Conférence Internationale de Management Stratégique AIMS 2000 Montpellier

<http://www.strategie-aims.com/events/conferences/14-ixeme-conference-de-l-aims/communications/2505-la-resistance-au-changement-revisitee-du-top-management-a-la-base-une-etude-exploratoire/download>

Thèses professionnelles

BAZIN A., avril 2009, *Nouvelles technologies et technologies mobiles : un levier de la performance organisationnelle et de développement du domaine RH/e-RH ?* HEC, Paris

ROGER F.F., 1982, *Le résumé du dossier médical. Indicateur informatisé de performances et de qualité des soins*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade d'agrégé de l'enseignement supérieur, Université Catholique de Louvain

Sites en ligne

ANAP : <http://www.anap.fr/accueil/>

Haute autorité de santé : <http://www.has-sante.fr/>

Infirmiers.com : <http://www.infirmiers.com/>

Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Logistique & Management : <http://www.logistique-management.com/>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://social-sante.gouv.fr/>

Podcasts

France Culture, La Méthode scientifique, Nicolas Martin, *Big Data, IA, robotique : vers une nouvelle révolution médicale ?*, 07.12.2016, <https://www.franceculture.fr/emissions/la-methode-scientifique/big-data-ia-robotique-vers-une-nouvelle-revolution-medicale?xtmc=informatique%20hopital&xtnp=1&xtr=9>

France Culture, Les Discussions du soir, Frédéric Worms, *La révolution de l'information*, 09.01.2017, <https://www.franceculture.fr/emissions/les-discussions-du-soir-avec-frederic-worms/la-revolution-de-linformation?xtmc=michel serres&xtnp=1&xtr=3>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : grille d'entretien enquête externe

ANNEXE 2 : grille d'entretien enquête interne

ANNEXE 3 : textes légaux

ANNEXE 4 : audit DPA Centre Hospitalier Fondation Vallée

ANNEXE 5 : tableau comparatif DP papier/DPI

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN ENQUÊTE EXTERNE (janvier 2017)

<p>Projet managérial stratégie d'implantation d'un Dossier Patient Informatisé, établissement hospitalier psychiatrie infanto-juvénile/P.Mammano/Master 2/MOS</p>	<p>Choix du lieu de l'entretien et de la personne interviewée</p>
<p>1- Pouvez-vous vous présenter : fonction, parcours, rôle dans le contexte</p>	
<p>2- États des lieux dans votre établissement du fonctionnement du DPI : nom de l'éditeur, étendue de l'implantation, satisfaction</p>	
<p>3- Origines du projet : date du lancement, échéances, étiez-vous présent sur la totalité du développement ?</p>	
<p>4- Comment et dans quelles conditions s'est déroulé l'implantation ? Quelles sont les bonnes anticipations ou les absences de prévisions ?</p>	
<p>5- Comment se sont déroulées les semaines et les mois suivants : (équipes, utilisations, ajustements) Quel accompagnement des équipes ? (formation, tutorat, référents) Quels indicateurs d'évaluation ? Existe-t-il ou non, selon vous une nouvelle culture d'établissement suite à cette implémentation ? Critères qui vous permettent de le dire ?</p>	
<p>6- Quelles étaient les attentes/les craintes des soignants vis-à-vis du DPI ? Les a-t-on prises en compte pour le développement du projet ? Si oui, ont elles facilité la réussite du projet ?</p>	
<p>7- Quels conseils pourriez-vous donner quant à l'accompagnement des équipes en amont, pendant et après</p>	

l'implémentation du DPI ? Du positionnement d'un CSS dans ce processus ?	
8- Voulez-vous rajouter des précisions sur le sujet ?	
Remerciements et circonstances de l'entretien	

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN ENQUÊTE INTERNE (mars 2017)

Projet managérial stratégie d'implantation d'un Dossier Patient Informatisé, établissement hospitalier psychiatrie infanto-juvénile/P.Mammano/Master 2/MOS	RÉPONSES
1- Pouvez-vous vous présenter : fonction, âge, unité, ancienneté	
2- Avez-vous recours aux outils informatiques dans le cadre de votre activité ? (Possible) : Oui/non – occasionnellement - régulièrement	
3- Si oui, s'agit-il : (Possible) : de bureautique (texte, courrier, tableurs, agenda)? de logiciels intégrés (recueil d'activité, médicaments) ? autre ?	
4- Avez-vous été formé(e) à l'utilisation de ces outils ?	
5- Avez-vous connaissance du Dossier Patient Informatisé ?	
6- Au cours de votre carrière, avez-vous déjà utilisé le Dossier Patient Informatisé comme outil de recueil et de transmissions d'activité ?	
7- Trouvez-vous un intérêt à l'installation du Dossier Patient Informatisé sur la Fondation Vallée ?	
8- Quelles sont vos principales attentes au regard de cette installation ? 9- Quelles sont vos principales craintes ?	

ANNEXE 3 : TEXTES LÉGAUX
Article R1112-2 code de la santé publique

Modifié par Décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 2 JORF 7 février 2006

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221- 40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;

- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Audit des dossiers des patients fait par le DIM et le Cadre du Centre Roger Mises. Juillet 2015 -

La CIV a réalisé un audit des dossiers du patient en juillet 2015. Cet audit a porté sur 36 dossiers tirés au hasard au sein des unités fonctionnelles. L'analyse des questionnaires montre que :

1. En hospitalisation temps complet (18 dossiers)

Le document médical à l'origine de la PEC est disponible dans 78% des dossiers

Les motifs d'hospitalisation tracés dans le dpa dans 89% des cas

Les antécédents somatiques sont documentés dans 78% des dossiers

Les antécédents psychiatriques sont tracés dans 94% des dossiers

Les traces d'un traitement ou de son absence sont retrouvées dans **39% des**

DPA

Les conclusions de l'évaluation initiale sont tracées dans le dpa dans 72% des dossiers

Les propositions de prise en charge disponibles dans 71% des cas

*Un suivi médical une fois par semaine est tracé dans **33% des dossiers.***

Le recueil des données renseigné dans 67% des dossiers

La fiche de transmission ciblée est présente dans 94% des dossiers et est utilisée dans 94% des cas (16/17).

Un suivi psychologique est assuré dans 35% des cas et quand il est assuré il est tracé dans 100% des cas

La présence d'une synthèse complète dans 57% des dpa (ULPIJ exclu + 1 séjour non terminé).

Le médecin traitant est identifié dans **28% des dossiers**

2. En HDJ (6 dossiers)

Le document médical à l'origine de la PEC est disponible dans 83% des dossiers

Les motifs d'hospitalisation tracés dans le dpa dans 83% des cas

Les antécédents somatiques sont documentés dans 67% des dossiers

Les antécédents psychiatriques sont tracés dans 83% des dossiers

Les traces d'un traitement ou de son absence sont retrouvées dans **17% des**

DPA

Les conclusions de l'évaluation initiale sont tracées dans le dpa dans 83% des dossiers

Les propositions de prise en charge disponibles dans 83% des cas

*Un suivi médical une fois par mois est tracé dans **17% des dossiers.***

Le recueil des données renseigné dans 67% des dossiers

La fiche de transmission ciblée est présente dans 67% des dossiers et est utilisée dans **25% des cas (1/4).**

Un suivi psychologique est assuré dans 17% des cas et quand il est assuré il est tracé dans 100% des cas

La présence d'une synthèse complète dans 40% des dpa.

Le médecin traitant est identifié dans 67% des dossiers

3. En CMP (12 dossiers)

Il existe un suivi par un médecin dans 75% des cas, 25% des patients sont suivis par un psychologue

Le document médical à l'origine de la PEC est disponible dans 91% des dossiers

Les motifs de consultation tracés dans le dpa dans 100% des cas

Les antécédents somatiques sont documentés dans 75% des dossiers qui ont un suivi médical

Les antécédents psychiatriques sont tracés dans 100% des dossiers avec suivi médical

Les traces d'un traitement ou de son absence sont retrouvées dans 25% des DPA avec suivi M

Les conclusions de l'évaluation initiale sont tracées dans le dpa dans 100% des dossiers

Les propositions de prise en charge disponibles dans 100% des cas

Un suivi médical à chaque consultation est tracé dans 100% des dossiers.

Un suivi psychologique est assuré dans 40% des cas, il est tracé dans 100% des cas

Une PEC orthophonique existe dans 22% des cas, elle est tracée dans 100% des dossiers.

Une PEC en psychomotricité existe dans 33% des cas, elle est tracée dans 67% des dossiers.

Le médecin traitant est identifié dans 58% des dossiers

**ANNEXE 5 : Comparaison des avantages et inconvénients du dossier
papier et du dossier informatisé par E. KOHLER et E.
TOUSSAINT**

	Traditionnel	Informatisé
Stockage et communication des informations	+	+++
Intégration des données (dont données multimédias)	+	++++
Lisibilité du dossier	+	++
Prise en charge de l'ensemble des problèmes	+	++
Complétude (domaines sélectionnés)	+	+++
Disponibilité de l'information	Séquentiel Locale	Simultané Globale
Accès à distance	0	++++
Chaînage des épisodes de soins	+	+++
Chaînage de dossiers distribués	0	++
Traitement et aide à la décision	0	++
Résumés, abstractions multiples	0	+++
Rappels, alarmes	0	+++
Suggestions diagnostiques ou thérapeutiques	0	+++
Traitement des données multimédias	0	+++
Vues différentes des données	+	++
Évaluation des soins	+	+++
Recherche clinique, épidémiologique	+	+++
Contrôle de gestion, planification	0	++++
Formation et éducation	+	+
Facilité d'utilisation du dossier	+++	+
Formalisation de la démarche médicale	+	+++
Adhésion aux protocoles de soins	+	+++
Connexion à des bases de données documentaires ou de connaissances	+	++++
Sécurité de l'information	+	++
Confidentialité	+	+

TITRE DU MÉMOIRE

Implantation du Dossier Patient Informatisé en psychiatrie infanto-juvénile :
Accompagnement des soignants vers une transition numérique

AUTEUR

Patrick MAMMANO

MOTS-CLÉS

Psychiatrie infanto-juvénile, dossier patient informatisé, soignants, conduite de changement

KEYWORDS

Pediatric psychiatry, Computerized Patient File, caregivers, change management

RÉSUMÉ

Ce projet managérial propose une stratégie d'accompagnement pour les soignants dans le cadre de l'implantation du Dossier Patient informatisé dans un hôpital de psychiatrie pour enfants et adolescents. Après avoir décrit le contexte et l'histoire de l'hôpital, l'auteur, cadre supérieur de santé, reprend les définitions et les enjeux du Dossier Patient Informatisé. La partie centrale du travail est consacrée à une analyse culturelle des pratiques soignantes, destinée à comprendre les enjeux de la transformation liés à la transition numérique. Une enquête interne a été réalisée pour comprendre les peurs et les attentes des personnels de l'hôpital. Les résultats montrent une majorité de soignants prêts à travailler avec le nouveau dossier patient. Enfin, aidé d'une enquête effectuée auprès de deux autres hôpitaux, l'auteur énonce quelques recommandations et les méthodes les plus adaptées à la mise en place du Dossier Patient Informatisé : adéquations des formations pour les soignants, temps du déploiement, gestions des ressources humaines, évaluation du processus.

ABSTRACT

This managerial project proposes a support strategy for healthcare professionals in the context of the implementation of the Computerized Patient File at a pediatric and adolescent psychiatric hospital. After describing the context and history of the hospital, the author, senior health officer, restates the definitions and stakes of the Computerized Patient File. The central part of the work is devoted to a cultural analysis of healthcare practices, designed to understand the transformation challenges associated with the digital transition. An internal investigation was carried out to understand the fears and expectations of hospital staff. The results show a majority of healthcare professionals willing to work with the new patient record. Finally, using a survey conducted at two other hospitals, the author outlined some recommendations and the most appropriate methods for setting up the Computerized Patient File: adequacy of training for healthcare professional, deployment time, human resources management, Evaluation of the process.

Errata

- P.5, Introduction, 1^{er} parag., 6^{ème} ligne, 2^d mot : orthographe lire « **consacrent** »
- P.7, Introduction, 2^d parag., 8^{ème} ligne, 9^{ème} mot : « *d'* » surnuméraire, lire « **appréhender** »
- P.12, 1^{ère} partie, dernier parag., dernière ligne, 11^{ème} mot : « *d'* » surnuméraire, lire « **autres** »
- P.14, 1^{ère} partie, sous-partie 1.1.1, 2^d parag., 4^{ème} ligne, 7^{ème} mot : orthographe lire « **résiduelle** »
- P.15, 1^{ère} partie, sous-partie 1.1.3, dernière ligne, 12^{ème} mot : orthographe lire « **où** »
- P.16, 1^{ère} partie, sous-partie 1.1.3, 1^{er} parag., 6^{ème} ligne, 1^{er} mot : orthographe lire « **développées** »
- P.18, 1^{ère} partie, sous-partie 1.1.3, 1^{er} parag., 8^{ème} ligne, 2^d mot : orthographe lire « **où** »
- P.25, 1^{ère} partie, sous-partie 1.4, 2^d parag., 4^{ème} ligne, dernier mot : orthographe lire « **constituent** »
- P.34, 2^{de} partie, sous-partie 2.2.1, 4^{ème} parag., 3^{ème} ligne, dernier mot : « **d** » surnuméraire
- P.52, 2^{de} partie, sous-partie 2.6, 2^d parag., 7^{ème} ligne, 5^{ème} mot : orthographe lire « **intéressées** »
- P.54, 2^{de} partie, sous-partie 2.6, 3^{ème} parag., 1^{ère} ligne, 4^{ème} mot : orthographe lire « **potentielles** »
- P.55, 2^{de} partie, sous-partie 2.7, 1^{er} parag., 5^{ème} ligne, 6^{ème} mot : chiffre « 47 » erroné lire « **39** »
- P.63, 3^{ème} partie, sous-partie 3.3,
- 1^{er} parag., 2^{de} ligne : orthographe lire « **elles ne trouvent pas** »
 - 2^d parag., dernière ligne, 2^d mot : orthographe lire « **amère** »
 - 3^{ème} parag., 9^{ème} ligne, dernier mot : orthographe lire « **de l'utilisateur** »