

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de
Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Le dossier patient informatisé : quel outil pour le cadre de santé ?

Isabelle VINCHON

DCS@12-13

42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

REMERCIEMENTS

J'adresse tous mes remerciements aux personnes qui, par leurs précieux conseils, leurs critiques et leur soutien, ont contribué à élaborer ce mémoire.

Je tiens à remercier, Monsieur Gilles Desserprit, Directeur de mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie également les personnes pour leur contribution, qui ont accepté de répondre à mes questions lors d'un entretien.

Je remercie Mme Gigon Stéphanie, une amie qui m'a soutenue et donnée son avis critique pour me permettre d'avancer dans ce travail.

Je remercie également ma famille pour leur patience et leur soutien pendant les périodes de doutes.

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	3
Glossaire.....	4
Introduction.....	5
1 Le contexte.....	7
1.1 De la place du SIH dans le système de santé français	7
1.2 A la place du dossier de soins informatisé dans les établissements de soins.....	7
2 Cadre conceptuel	11
2.1 Le dossier patient informatisé comme outil de gestion	11
2.1.1 Qu'est ce qu'un outil de gestion ?.....	11
2.1.2 Le dossier patient informatisé	14
2.1.2.1 Le DPI, quel intérêt pour un établissement de soins ?.....	15
2.1.2.2 Le cadre législatif et réglementaire du DPI.....	15
2.1.2.3 Le DPI, sa structure.....	18
2.1.2.4 Le DPI, un atout pour la qualité des soins ?.....	22
2.2 En quoi le dossier du patient informatisé en tant qu'outil de gestion est vecteur de changement dans les pratiques soignantes ?	24
2.2.1 Le dossier patient informatisé : vecteur de changement ?.....	24
2.2.2 Le cadre de santé : acteur du changement.....	26
2.3 Synthèse du cadre conceptuel.....	29

3	L'enquête.....	31
3.1	Cadre et méthodologie de la recherche.....	31
3.2	Analyse des résultats.....	32
3.2.1	Le DPI au service de la qualité des soins	32
3.2.2	Le DPI utilisé comme outil de gestion	34
3.2.3	Le rôle du DPI dans l'organisation des soins.....	35
3.2.4	Le DPI et la continuité des soins.....	38
3.2.5	La conduite de changement.....	39
3.2.6	Bilan sur la traçabilité infirmière.	43
3.2.7	Le rapport au temps du DPI	45
3.2.8	La relation humaine et le DPI	45
3.2.9	L'ergonomie du logiciel.....	46
3.2.10	Point sur le DPI et la responsabilité soignante.....	46
3.3	Synthèse des résultats	47
	Conclusion	48
	Bibliographie.....	50
	Table des annexes	53

Liste des abréviations

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance.
- **ASIP**: Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé.
- **CLAN** : Comité de Liaison Alimentation/ Nutrition.
- **CLIN**: Comité de Liaison des Infections Nosocomiales.
- **CLUD** : Comité de Lutte contre la Douleur.
- **CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.
- **CSP** : Code de Santé Publique.
- **DGS** : Direction Générale des soins.
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de soins.
- **DMS** : Durée moyenne de séjour.
- **DPI** : Dossier patient informatisé.
- **GMSIH** : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier.
- **HAS** : Haute Autorité de Santé.
- **PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information.
- **SIH** : Système d'information Hospitalier.

Glossaire

- **Les alertes** : sont des mécanismes informatiques qui permettent de signaler visuellement au soignant un élément essentiel à prendre en compte au cours de l'hospitalisation. Elles peuvent être permanentes comme pour le signalement d'une allergie ou d'un régime ou temporaire pour les traitements qui arrivent à terme.
- **Infirmier** : au cours de mon mémoire, j'emploierai le terme générique d'infirmier même pour le féminin de la profession.
- **Interface**¹ : selon le dictionnaire Larousse, c'est "*en informatique, jonction entre deux matériels ou logiciels leur permettant d'échanger des informations par l'adoption de règles communes ; module matériel ou logiciel permettant la communication d'un système avec l'extérieur*".
- **Interopérable ou interfaçage** : fait référence à l'interopérabilité définie par l'ASIP (organisation gouvernementale) c'est-à-dire à la capacité qu'ont plusieurs systèmes d'échanger de l'information entre eux et d'utiliser l'information qui a été échangée. Cette interopérabilité devrait s'établir entre le dossier du patient informatisé et le dossier médical personnel.
- **Symbolisme**² : selon le dictionnaire Larousse "*système de signes écrits dont l'agencement répond à des règles, et qui traduit visuellement la formalisation d'un raisonnement*".

¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interface/43685?q=interface#43607> - consulté le 23/03/2013

² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/symbolisme/76059?q=symbolisme#75187> - consulté le 23/03/2013

Introduction

Les réformes organisationnelles du système sanitaire, dont la dernière, la loi du 21 juillet 2009 relative à "l'hôpital, au patient, à la santé et aux territoires", ont pour objet de rendre ce modèle plus efficient et capable de répondre aux enjeux de santé de demain : vieillissement de la population, chronicisation des pathologies, évolution de la demande des usagers, déficit endémique de l'Assurance Maladie, répartition inégale de l'offre de soins, hyperspécialisation de la médecine, développement du e-santé³...

En conséquence, une mutation profonde de notre système de santé est en marche. Elle se caractérise par un changement de paradigme qui n'est plus centré sur l'offre de soins mais sur les besoins en santé de la population. Cette évolution implique la création d'un parcours de soins et donc un décloisonnement entre les secteurs de santé hospitaliers, libéraux et médico-sociaux.

La télémédecine, le dossier médical personnel et autres technologies informatiques contribuent à la création de ce parcours en facilitant la coordination des professionnels de santé autour de la prise en charge du patient. Ces nouvelles technologies nécessitent que des établissements de santé ait un système d'information hospitalier performant.

Le plan Hôpital 2012 qui a pour ambition de "*poursuivre la modernisation technique des établissements de soins*" et "*d'améliorer l'efficience de l'offre hospitalière*"⁴ s'inscrit dans cette dynamique. Ce plan d'investissement cofinance des projets concernant la rénovation des bâtiments, les regroupements d'établissements ou de services et la modernisation de l'informatique. Le programme hôpital numérique est un des projets du plan Hôpital 2012, dont l'objectif est de moderniser et de développer le système d'information hospitalier au sein des hôpitaux. En effet, selon la Direction Générale des Soins (DGS) le SIH n'est pas seulement un "*levier pour la performance du pilotage de la gestion et la transformation de l'organisation des soins au sein des établissements*"; il est également une "*condition de la réussite des réformes engagées par la loi HPST, de la mise en place des nouvelles organisations en particulier celles liées au développement du e-santé*", du développement d'outils de collaboration et de coopérations qui permettent aux professionnels de santé d'assurer des soins de qualité et sécurisés.

³ Dominique Letourneau, président du Directoire Fondation de l'Avenir, Maître de Conférence Associé (UPEC)-et Professeur Marius Fieschi - Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins-Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées - janvier 2003 - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000714/0000.pdf> p 9 -consulté le 23/03/2013

⁴<http://www.sante.gouv.fr/lancement-du-plan-hopital-2012-au-coeur-de-la-modernisation-du-paysage-hospitalier-francais.html>

Le dossier patient informatisé étant un de ces outils, je m'y suis intéressée dès son implantation dans les services de soins de l'établissement sanitaire dans lequel j'exerçais. Les unités sont informatisées depuis deux ans. J'ai suivi avec intérêt les étapes de sa mise en œuvre car je pense que l'informatique est un outil qui facilite le travail au quotidien et qui peut contribuer à optimiser la prise en charge des patients.

C'est pourquoi, l'un de mes projets professionnels serait de travailler sur le dossier patient informatisé ou de construire un tel projet au sein d'une structure. Cela demande un travail de recherche et d'exploration en amont.

J'ai donc saisi, l'opportunité du mémoire pour effectuer une partie de ce travail et réfléchir sur l'impact de l'informatisation dans la pratique soignante et l'organisation des services de soins.

Afin de mener à bien cette réflexion, j'ai organisé mon travail de recherche en deux temps:

- un temps consacré à la documentation sur le dossier patient informatisé.
Après différentes lectures, mon expérience professionnelle, une question de départ a émergé : "sachant que le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins au sein d'une unité, le dossier patient informatisé peut-il être un outil de gestion pour lui ?
- Un second qui m'a permis de confronter cette idée à la réalité du terrain.

Dans une première partie, je vous présenterai le contexte actuel dans lequel évolue le DPI puis dans une deuxième, j'exposerai le cadre conceptuel et les hypothèses de recherche. Je terminerai par une enquête sous forme d'entretiens semi-directifs auprès de onze professionnels de santé que je comparerai à mon cadre conceptuel afin de valider ou de contester mes hypothèses de départ.

1 Le contexte

1.1 De la place du SIH dans le système de santé français

Dans le plan hôpital 2012, l'un des projets est consacré au développement et à la modernisation des systèmes d'information hospitalier : le programme hôpital numérique.

Le déploiement de celui-ci en région est assuré par les ARS. En effet, celles-ci incluent dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec les établissements de soins publics, privés à but lucratif et non lucratif, un axe spécifique au développement du Système d'Information Hospitalier. L'Etat, représenté par la Direction Générale de l'Offre de soins, a la volonté de mener à terme et de coordonner à l'échelon national ce programme.

De même, le fait que vingt sept indicateurs du programme hôpital numérique soient intégrés dans la certification des établissements de santé après concertation entre le comité de pilotage du programme et la HAS confirme que le SIH est un outil essentiel au pilotage des hôpitaux publics et privés.

1.2 A la place du dossier de soins informatisé dans les établissements de soins

L'objectif principal du programme hôpital Numérique est "*d'amener les établissements de santé à un premier niveau de maturité de leur SIH*". Ainsi des pré-requis et cinq domaines fonctionnels prioritaires ont été définis par la DGOS et le comité de pilotage du programme hôpital numérique. Le dossier patient informatisé et interopérable est un des cinq domaines prioritaires.

Un plan d'action a été établi. Il se décline en "*quatre axes stratégiques*" et "*trois chantiers transverses*"⁵.

- Le premier axe stratégique concerne la gouvernance du système d'information et la nécessité d'impliquer les professionnels de santé et les cadres dirigeants;
- Le deuxième est relatif au développement et renforcement des compétences nécessaires à l'utilisation optimale du système d'information;
- Le troisième a pour but de développer et structurer l'offre industrielle autour des logiciels informatiques;

⁵http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/_CP_DGOS_Programme_Hopital_numerique_-_Politique_nationale_relative_aux_SIH_-_mai_2012.pdf -consulté le 25/11/2012

- Le dernier axe concerne le financement des établissements de santé qui participent au programme hôpital numérique;
- Le premier chantier transverse consiste en la mise en œuvre d'une étude scientifique sur quatre ans pour évaluer "*l'impact de l'informatisation de la production de soins sur la qualité, la sécurité des soins et l'amélioration de la prise en charge du patient*"⁶;
- Les deux autres chantiers concernent la communication et la gouvernance du programme.

Ainsi, l'étude du programme hôpital numérique m'a apporté des données qui montrent que l'implantation et l'utilisation du dossier patient informatisé est complexe et nécessite :

- D'avoir un système d'information mature;
- D'impliquer les acteurs de la santé dans le SIH;
- D'acquérir, de développer, d'évaluer et de renforcer les compétences en informatique des utilisateurs.

Au cours de mes lectures et de mon expérience professionnelle, j'ai pu observer cette complexité. Ainsi, une chronophagie de l'outil est mise en évidence par les auteurs⁷ de l'article, "*méthodologie ergonomique participative et qualité des soins*" paru dans le numéro 81 de la revue soins cadre en février 2012. Ils l'expliquent par la non ergonomie du logiciel. Mais comment se présente un logiciel ergonomique ? Qu'est ce que l'ergonomie de l'outil informatique ? Quelles en sont les caractéristiques ?

L'outil informatique est vecteur de changement pour le soignant. En effet, un nouvel outil implique une adaptation de la pratique du soignant à celui-ci en vue de retrouver une stabilité et une "*routine*" dans le travail. Ceci est démontré par Finn Olesen⁸ et Randi Markussen⁹, auteurs de l'article : "*Du stylo à l'ordinateur : la médication comme pratique sociotechnique*"¹⁰. En effet, ils prouvent que l'introduction réussie d'un module informatique dans un service de soins est le "*résultat de multiples reconfigurations affectant les acteurs, des dispositifs matériels et des*

⁶http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/_CP_DGOS_Programme_Hopital_numerique_-_politique_nationale_relative_aux_SIH_-_mai_2012.pdf - 25/12/2012

⁷ Les auteurs sont Madeleine Estryn Béhar, Guiliana Milanini-Magny, Anne-Emilie Ravache, Hélène Deslandes, Frédéric Garcia, Elise Chaumont et Thierry Bitot

⁸ Finn Olesen est philosophe Institut for Informations-og Medievidenskab à l'université d'Arrhus au Danemark

⁹ Randi Markussen est historien du département informations et médias de l'université d'Arrhus au Danemark

¹⁰http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2004_num_22_1_1609

significations attachées aux activités des uns et des autres, reconfigurations [...] qu' [ils] conceptualisent comme des modifications dans les formes de coordination sémioticomatérielle (Manière dont les objets techniques environnant vont participer à la mise en forme des pratiques)". On peut s'interroger sur les interactions entre l'outil informatique et le soignant et la réaction des professionnels face aux changements.

De même, au cours d'échange avec d'autres professionnels de santé et des cadres d'unités, j'ai relevé que certains logiciels informatiques ne permettent pas l'édition d'un plan de soins ce qui oblige le soignant à retranscrire les soins hebdomadaire sur un document papier annexe. Or la retranscription d'actes et de traitements n'est-elle pas source d'erreur et déconseillée par les recommandations de bonnes pratiques de la HAS? De plus, le plan de soins édité par l'ordinateur est-il interprétable et utilisable par tous les soignants ?

Au cours de mon expérience professionnelle, j'ai constaté que les performances et les appréciations de l'outil varient en fonction des services de soins. En effet, dans les services où la durée moyenne de séjour est courte, l'outil informatique est plébiscité par les équipes médicales et paramédicales alors que dans les services où la DMS est plus longue, les avis divergent. Quelle est la raison de ses divergences ? Y-a t-il des différences de pratiques soignantes entre les services de soins qui influent sur l'utilisation du dossier patient informatisé?

J'ai pu noter également, au travers de ma pratique, que la traçabilité des soignants dans les dossiers de soins infirmier informatisé est variable. En effet, l'informatisation du dossier s'est souvent accompagnée d'une modification de l'écriture de la transmission infirmière : passage d'une transmission narrative à une transmission ciblée. Or, des soignants ont exprimé avoir des difficultés à transmettre sous forme de transmissions ciblées. En conséquence, certains événements nécessaires à la prise en charge du patient ne sont pas tracés (exemple en psychiatrie : la modification des rituels d'un patient n'est pas notée car le soignant ne savait pas quelle cible indiquer). Quels sont les freins à l'écriture sous forme de transmissions ciblées ? Nécessitent-elles un raisonnement différent de la part du soignant ?

Suite à ces constats d'autres questions ont émergé:

- Si les informations ne sont pas écrites, de quel outil se sert le soignant pour prendre en charge le patient?
- Comment assurer des soins de qualités et sécurisés dans ces conditions?
- Quel est le rôle du cadre de santé par rapport au dossier patient informatisé ? Doit-il savoir l'utiliser pour accompagner l'équipe ? Les éléments contenus dans le DPI sont-ils exploitables en termes de gestion (organisation, évaluation des pratiques professionnelles, évaluation de l'activité du service) par le cadre de santé?

Suite à ce questionnement sur le dossier patient informatisé, ma réflexion s'est orientée sur cette question de départ :

Sachant que le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins au sein d'une unité, le dossier patient informatisé peut-il être un outil de gestion pour lui ?

Les champs de l'informatisation du dossier patient et de la gestion sont très vastes et peuvent être abordés de multiples manières. J'ai choisi de traiter les différents concepts en lien avec ma question de départ au travers de la sociologie des organisations, des sciences de l'information et de la communication et des sciences de gestion. Je développerai ces différents points dans le cadre conceptuel.

2 Cadre conceptuel

En tant que cadre de santé, je trouve le dossier patient informatisé **légitime, cohérent et pertinent** dans une unité de soins :

- sa légitimité est fondée sur le SIH dont il est un des éléments constitutif.
- Sa cohérence est due au fait qu'il s'inscrit dans le parcours de soins du patient dont il est un des éléments fondateur.
- Sa pertinence s'explique par l'outil informatique lui-même. En effet, c'est un moyen rapide, simple, fiable et efficace de communication entre les différents acteurs de santé.

C'est un outil de partage de l'information entre les professionnels de santé. Mais se limite-t-il à cela ?

Le dossier patient informatisé appartient au domaine "centré sur le patient" du SIH [J.M Tourreilles, 2005]. La circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics¹¹ stipule que le SIH est un système qui centralise l'Information existant au sein d'un hôpital et qui définit les règles et principes de circulation et de traitement de celles-ci. Il favorise donc *l'action organisée* ce qui fait de lui un outil de gestion pour l'institution [David, 1998].

De fait, le DPI peut-il être également un outil de gestion pour l'encadrement ?

Mais qu'entendons-nous par l'expression outil de gestion ?

Qu'est ce qui constitue un DPI ? Quels sont ses enjeux ? Quels sont ses impacts au sein d'une unité de soins ?

Quel est le rôle du cadre face à cet outil ?

2.1 Le dossier patient informatisé comme outil de gestion

2.1.1 Qu'est ce qu'un outil de gestion ?

Outil, instrument, concept, modèles managériaux, instrumentation... l'ensemble de ces termes montrent la diversité des mots utilisés pour désigner l'outil de gestion. En effet, l'appellation outil de gestion n'est pas universelle selon l'article "*les outils de gestion, lieu de rencontre entre*

¹¹ Définition du système d'information hospitalier selon la circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 : "l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien, aux modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'au processus de décision stratégique de l'hôpital".

théorie et pratique : une revue de littérature", écrit par Régis Martineau, enseignant-chercheur du Département Management des Hommes et des Organisations à l'Ecole Supérieure de Commerce à Troyes.

La variété des termes montrent la diversité des conceptions de cet outil. C'est pourquoi, j'étudierai l'outil de gestion sous trois angles complémentaires.

L'outil de gestion, selon Albert David, professeur de management à l'Université Paris-Dauphine, peut être vu comme un "*dispositif formalisé permettant l'action organisée*"¹². Une analogie avec le dossier patient informatisé peut être faite. Le DPI est un "*dispositif formalisé*" puisque son contexte d'utilisation, sa structure, son contenu et sa finalité sont établis dans un cahier des charges spécifique à l'institution qui l'initie. Il servira à la mise en place et au suivi de l'outil.

De plus, le dossier patient informatisé en tant qu'outil de traçabilité, d'information et de communication contribue à "*l'action collective ou organisée*"¹³. En effet, l'objectif de celle-ci est d'amener des personnes ayant des orientations divergentes et parfois contradictoires à accomplir un objectif commun. Le DPI en tant que dossier commun et unique permet de coordonner et de concilier les actions des différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge du patient afin que celles-ci soient efficaces et efficientes.

Nous pouvons aussi définir l'outil de gestion selon sa nature. Pour cela, je m'appuierai sur la conception de Hatchuel et Weil¹⁴. Pour eux, il est composé de trois éléments associés :

- "*Le substrat formel*" : représente la partie visible de l'outil. Il fait référence au symbolisme, aux références. Dans notre cas, l'outil de gestion est basé sur la réglementation du dossier médical, les recommandations de la HAS (V2010 et celle à venir puisque des critères du programme numérique seront intégrés pour la prochaine certification), les règles des logiciels informatiques.
- "*La philosophie gestionnaire*" : s'appuie sur "*un ensemble de concepts qui permet de décrire le but du nouvel outil mis en œuvre mais surtout expliqué en quoi celui-ci est singulièrement différent de l'outil préalablement utilisé*".

¹²David A. (1998), Outils de gestion et dynamique du changement, Revue Française de Gestion, n° 120, sept-oct. 1998, pp 44-59.

¹³Michel Crozier- Erhard Friedberg - introduction, les contraintes de l'action collective- in : l'acteur et le système-editions du Seuil-1977 pp 13-37.

¹⁴ A.Hatchuel et B. Weil, l'expert et le système, Paris, Economica, 1992

Mathieu Detchessahar précise que l'outil de gestion a pour objectif de favoriser le développement des "*comportements de travail soit en les organisant soit en incitant à leur adoption*"; pour lui, la philosophie gestionnaire est basée sur cet objectif.

Hatchuel et Weil expliquent que la survie de l'outil de gestion dépend de sa capacité à engendrer des "*progrès économiques et organisationnels acceptable*" qu'il faudra démontrer.

A mon sens, la philosophie gestionnaire concernant le DPI est liée au fait qu'il optimise la prise en charge du patient. En effet, la plus valeur de l'outil informatique est la centralisation dans un dossier unique et commun, consultable par toutes personnes habilitées, des informations concernant un patient. Il est dans l'optique de la loi HPST qui explique que l'optimisation de la prise en charge d'un patient est liée à la mise en place de parcours de soins et à la coordination des professionnels de santé. Ceci entraîne un changement dans la conception des soins qui évoluent vers une prise en compte de la globalité du patient et non plus de la prise en charge d'une maladie. Ce changement de paradigme se traduit par un changement des "*comportements de travail*" des soignants. Le DPI s'inscrit dans cette dynamique.

- "*L'organisation idéale*" : consiste en "*un modèle simplifié du fonctionnement idéal de l'organisation*". Les acteurs qui gravitent autour du patient sont nombreux et d'horizons diverses (paramédicaux, médicaux, administratifs, cadre de santé...), le DPI est un outil essentiel pour la prise en charge et le suivi du patient car il regroupe l'ensemble des informations le concernant. Il permet donc de coordonner et d'organiser l'action de ces professionnels.

Dans sa définition JC Moisdon apporte des éléments complémentaires sur la notion d'outil de gestion. Il rajoute l'idée que l'outil de gestion est issu d'un "*ensemble de raisonnement et de connaissances*" qui est lié de manière formelle à des éléments non fixes de l'organisation et qui ont pour but de contribuer aux "*actes classiques de la gestion : prévoir, décider et contrôler*". Il est donc adapté et modélisé à l'organisation dans lequel il est implanté et contribue à augmenter la performance et l'efficacité de celle-ci.

Le DPI peut être considéré comme un outil de gestion pour l'institution car en favorisant une meilleure gestion de l'information, il améliore la coordination des acteurs, limite les erreurs de retranscription, et la redondance des examens.....

Il contribue aussi aux activités de gestion classique :

- "**Prévoir**" : le DPI est constitué de plusieurs sous-dossiers dont le diagramme de soins et le plan de soins qui aident à visualiser la charge en soins d'un patient. Si nous

étendons cette vision à l'ensemble de l'unité, nous avons une base pour mesurer l'activité du service et adapter les ressources en fonction des besoins de l'unité.

- "**Décider**" : le DPI est un outil partageable par une équipe pluridisciplinaire. Les informations contenues dans celui-ci permettent au médecin de poser un diagnostic médical.
- "**Contrôler**" : grâce à l'outil informatique, le cadre de santé accède facilement aux informations contenus dans le DPI ce qui lui permet de vérifier les éléments contenus et leur cohérence ainsi que la tenue du dossier.

Ces trois approches montrent qu'un outil de gestion est vecteur de changement dans une organisation puisqu'il a pour objectif de modifier les "*comportements de travail*", de favoriser l'action organisée et qu'il utilise les trois activités de gestion classiques qui servent de levier auprès des agents. Nous avons pu voir également que le DPI reprend les grandes caractéristiques de l'outil de gestion. Il générera donc des changements dans l'activité soignante que le cadre de santé devra accompagner et conduire pour favoriser l'intégration de cet outil dans les pratiques professionnelles et l'organisation des soins.

Qu'est ce qui définit le dossier patient informatisé ?

2.1.2 *Le dossier patient informatisé*

Le dossier patient informatisé est un support électronique intégré dans le système d'information hospitalier. Il rassemble trois types de dossier (administratif, médical et de soins infirmiers) dans lesquels sont notés les informations recueillies auprès du patient et nécessaires à sa prise en charge pendant son hospitalisation. Il permet donc le partage d'informations entre ces personnes ce qui fait de lui un élément contributif à la qualité des soins.

De plus, de nombreuses personnes sont amenées à l'utiliser pour différentes raisons. Les informations qu'il contient doivent donc être protégées.

Quel est l'intérêt de créer un dossier unique et informatisé ? Quelle est sa réglementation ? Quel est son impact dans la prise en charge du patient ? Comment est-il structuré ?

2.1.2.1 Le DPI, quel intérêt pour un établissement de soins ?

L'étude de rapport ministérielle¹⁵, de recommandations de l'ANAES¹⁶, d'articles de revue¹⁷ m'ont permis d'identifier les apports du DPI dans les établissements de soins qui sont :

- Avoir un dossier patient commun à l'ensemble de l'établissement,
- Accéder rapidement aux informations nécessaires à la prise en charge du patient,
- Faciliter l'échange d'informations entre professionnels de santé. Par exemple, l'accès au dossier patient informatisé est possible pour les médecins de n'importe quel poste informatique situé dans l'établissement. Un médecin de garde peut consulter à distance le dossier patient informatisé et prendre des décisions médicales,
- Favoriser la continuité des soins,
- Améliorer la coordination des professionnels de santé autour de la prise en charge du patient,
- Evaluer les pratiques professionnelles,
- Faciliter l'archivage des dossiers patient d'un établissement,
- Limiter les déplacements à l'archivage lors de l'hospitalisation d'un patient connu de l'établissement (gain de temps).

Le DPI permet donc de partager au sein d'un groupe de professionnel, des informations relevant de la sphère privée et intime d'une personne ce qui justifie qu'elles soient encadrées et protégées par la loi.

2.1.2.2 Le cadre législatif et réglementaire du DPI

Le législateur, afin de protéger les droits des patients et des usagers du système de santé, a défini les conditions de création, d'organisation et d'utilisation du dossier patient ainsi que les modalités d'informatisation de ces données.

¹⁵ Professeur Marius Fieschi - Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins-Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées - janvier 2003 - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000714/0000.pdf> -consulté le 23/03/2013

¹⁶ Service Évaluation des pratiques de l'ANAES - évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient - amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations- juin 2003- pp 201 - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf -consulté le 10/03/2013

¹⁷ Didier ADDA et Pierre FERNET - dossier Évolution du dossier patient et des archives médicales - gestions hospitalières - n° 515 - avril 2012 disponible sur <http://www.cabinettpc.com/articles/Adda2.pdf> - consulté le 14/01/2013

La **confidentialité des informations** recueillies est protégée par plusieurs textes de lois et articles du Code de Santé Publique (CSP).

La loi Informatique et Libertés¹⁸ modifiée par la 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 a pour objectif de protéger les droits et liberté du citoyen. De ce fait, la création de fichiers informatiques pour stocker des données relatives à une personne doit avoir reçu l'aval de la personne et l'autorisation au préalable de la CNIL. C'est un premier niveau de protection, au sein des établissements hospitaliers. La CNIL régule, conseille, contrôle et sanctionne les établissements de santé qui ne respectent pas les droits et libertés des patients sur le plan informatique.

L'article L.1110-4¹⁹ du code de santé publique, issue de la loi du 4 mars 2002, montre que le partage d'informations entre professionnels de santé est encadré et réglementé. Le premier alinéa rappelle que tout professionnel de santé est soumis au secret professionnel concernant les informations qui lui sont confiées et le troisième alinéa précise que des dérogations sont admises dans certaines conditions. En effet, il permet aux professionnels de santé, sauf opposition de la part de la personne soignée, *"d'échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire"*²⁰. Il notifie également que *"dans un établissement de santé, les informations le concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe"*²¹. Ainsi la mise en place d'un dossier du patient pour tracer les informations pertinentes à la continuité des soins et à sa prise en charge est possible.

De même, le sixième paragraphe explique que les données médicales doivent suivre les procédures établies en Conseil d'Etat et validée par la CNIL, pour être conservées sur support informatique et être transmises par voie électronique.

Toujours dans l'objectif de protéger les droits du patient, plusieurs textes de loi (précisés ci-dessous) notifient les **responsabilités des professionnels** et des établissements de santé face au dossier patient et à son informatisation.

¹⁸ Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

¹⁹ Article L1110-4 du code de santé publique, partie I, titre I, chapitre 1er : droits des personnes malades et des usagers du système de santé

²⁰ ibid

²¹ ibid

La création et la composition du dossier patient sont définies par l'article R.1112-2 modifié par le décret n°2006-119 du 6 février 2006 art.2 du code de santé publique²² :

- Tout établissement de santé privé ou public a l'obligation légale de créer un dossier médical (dossier patient) pour tout patient pris en charge.
- Le dossier médical est composé de trois parties qui permettent d'ordonner les éléments recueillis auprès du patient :
 - La partie I contient *"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"*. Cette partie est donc constituée de plusieurs éléments relatifs à la prise en charge du patient dont le *"dossier de soins infirmiers ou, à défaut, des informations relatives aux soins infirmiers"* et de celles relatives *"aux soins dispensés par les autres professionnels de santé"*.
 - La partie II concerne les informations en lien avec la fin de séjour.
 - La dernière partie est constituée des éléments qui ne sont pas communicables au patient c'est-à-dire des *"informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers"*.

Les éléments contenus dans cet article montrent que le législateur tente d'uniformiser la constitution du dossier patient dans les établissements de soins situés sur le territoire français. Il expose également sa volonté qu'il soit un outil commun de recueil de données, de partage d'informations et de coordination entre les professionnels de santé.

En ce qui concerne le dossier de soins infirmiers, sa constitution n'est pas explicitement notée dans des articles de loi. Par contre, l'article R.4311-2, participe à la définition des éléments constituant le DSI. En effet, cet article décrit les grands objectifs des soins infirmiers dont l'un d'eux est *"de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions"*.

En outre, l'article R.4311-3 du CSP stipule que l'infirmier dans son rôle propre est *"chargé(e) de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers"*. De ce

²²<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006908159&idSectionTA=LEG-SCTA000006190179&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130323> -consulté le 25/12/2012

fait, selon Jean-Charles SCOTTI²³ (avocat) le cadre de santé est également responsable juridiquement du dossier de soins infirmiers puisque c'est sa fonction de soignant qui prime dans le cadre de la loi.

Les **conditions d'hébergement** sur support informatique des informations recueillies auprès du patient dans un établissement de santé ou par un professionnel de santé sont fixées par l'article L.1111-8 modifié dans le CSP. En effet, le stockage d'informations sur support électronique peut porter préjudice au patient en cas de mauvaise sécurisation des données.

Enfin, les articles L. 1316-1 et L.1316-3 du code civil créé par la loi n°2000-230 du 13 mars 2000 - art. 1, reconnaissent une valeur **juridique aux écrits** sur support électronique. Cela signifie que le dossier patient informatisé peut être utilisé comme éléments de preuve en cas de contentieux.

Ainsi nous constatons que la réglementation autour du dossier patient informatisé est très encadrée car ce domaine touche à la sphère privé du patient et peut donc porter atteinte à ses droits.

2.1.2.3 Le DPI, sa structure.

La structure du dossier patient informatisé est corrélée à la stratégie du système d'information de l'établissement dans lequel il est implanté. De ce fait, plusieurs types de DPI existent avec des fonctionnalités différentes. Cependant, un socle commun d'exigence est fixé par le programme hôpital numérique. En effet, celui-ci souhaite que les SIH atteignent un premier niveau de maturité dont une des caractéristiques est l'interopérabilité des DPI afin de faciliter le partage des données.

L'interfaçage du DPI est dépendant de l'architecture du SIH. Pour caractériser celle-ci, je me suis appuyée sur le GMSIH, agence nationale intégrée à l'ANAP depuis 2010, qui aide et soutient les établissements de santé dans leurs efforts de modernisation du SIH.

Il le modélise sous forme de quatre strates indépendantes et superposées²⁴ autour desquelles vont graviter deux catégories de professionnels (les concepteurs, ingénieurs techniques et les utilisateurs).

²³ Jean-Charles SCOTTI- Des missions du cadre de santé à sa responsabilité juridique - <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Cadres/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique> consulté le 1/04/2013

Le schéma ci-dessous permet de visualiser les strates et leur composition :

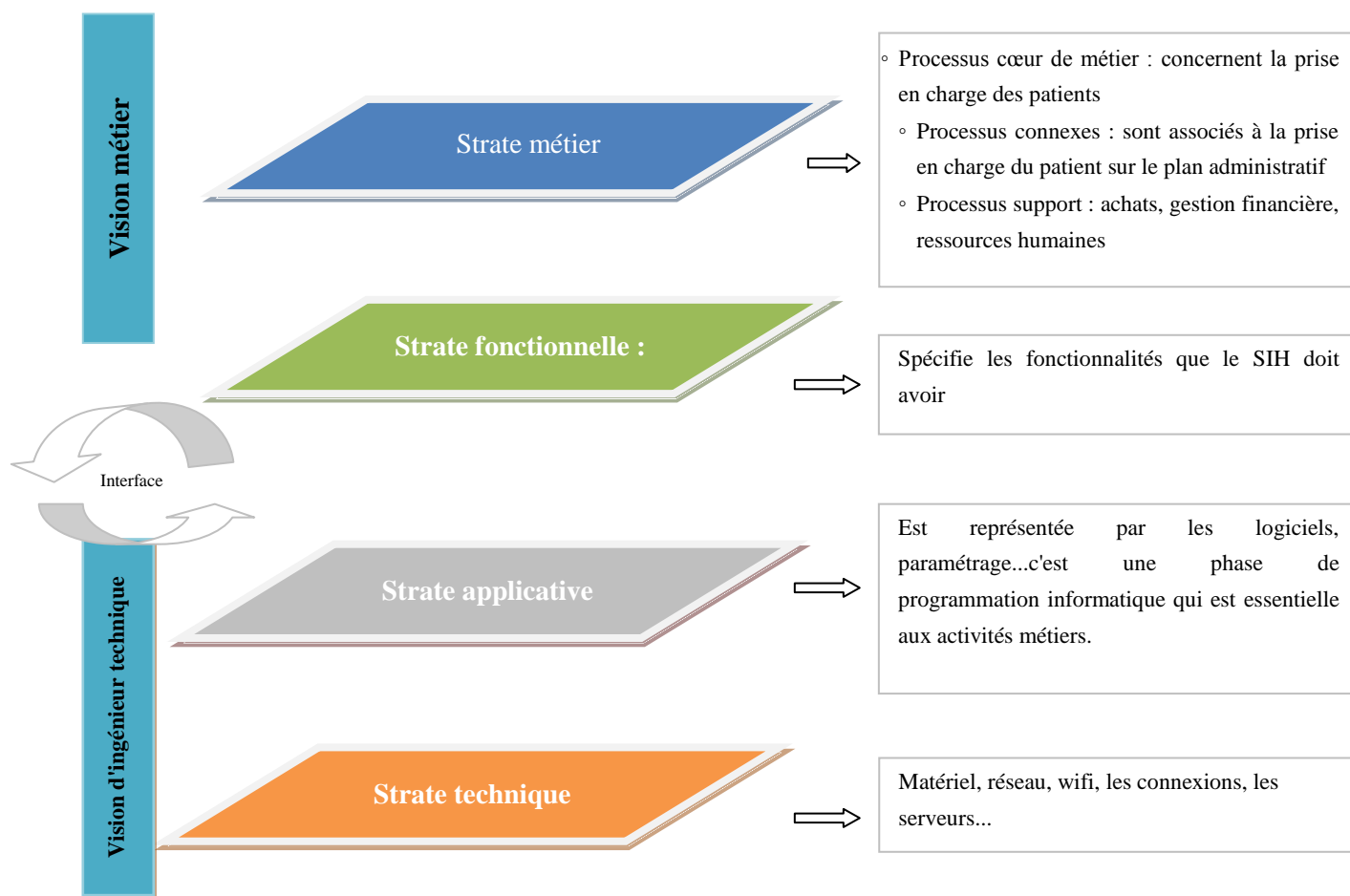


Figure 1 : urbanisation d'un système d'information hospitalier²⁵.

A partir de ce modèle, la direction du système d'information d'un hôpital peut représenter l'ensemble des outils de gestion du système d'information afin de repérer les processus mis en jeu, leur interopérabilité, les acteurs concernés par l'utilisation de ces outils et leurs besoins. En effet, le logiciel utilisé ne sera pas le même selon qu'il s'agisse d'un processus cœur de métier ou connexe;

²⁴<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/architecture-et-urbanisation-des-systemes-dinformation-de-production-de-soins/>

²⁵ Réalisé par moi-même à partir des cours de Mme Habib, Maître de Conférence en Sciences de Gestion

les besoins de la strate métier étant différents. C'est pourquoi, il est important d'identifier les utilisateurs avant la mise en place d'un DPI.

L'appropriation de l'outil par les professionnels dépend : de son ergonomie (logiciel et matériel), de sa flexibilité et de son adéquation à leurs besoins. Or, chaque unité de soins a sa propre organisation liée à l'activité et à la culture du service. C'est pourquoi, certains établissements choisissent d'investir dans des logiciels paramétrables c'est-à-dire dont le contenu peut être modifié et adapté à l'organisation de l'établissement.

De même, la stratégie SIH va influencer sur le type de DPI : Sera-t-il partageable entre les services de soins d'un même établissement ? Recherche-t-on le décloisonnement des unités?

Ainsi, nous pouvons distinguer trois modèles de DPI²⁶:

- Le 1^{er} : le partage du DPI est interne au service. Il n'y a pas d'interopérabilité avec les autres services de l'établissement.
- Le 2^{ème} : un socle commun du DPI (informations en lien avec l'état civil et administratives) est partagé par plusieurs services. L'interopérabilité est donc partielle.
- Le 3^{ème} : le DPI partagé par l'ensemble des unités de l'établissement. L'interopérabilité est complète.

Le partage complet des informations par l'ensemble des unités nécessite un système de sécurité optimal car l'établissement est responsable des données qu'il héberge sur les serveurs du système d'information. Un des moyens de réglementer et de sécuriser le système d'information est de limiter l'accès aux données en fonction des utilisateurs définis dans la strate métier. L'usage de l'information est sous la responsabilité du Directeur d'établissement et du médecin du Département d'information médical.

Si nous revenons au schéma sur l'architecture du DPI, nous noterons également qu'entre la strate applicative et fonctionnelle, des interfaces sont créées pour permettre à des logiciels différents de communiquer et d'échanger des informations entre eux. Ce dialogue est orchestré par la Direction du système d'information de l'établissement.

La création d'une phase de traduction entre l'ordinateur et l'utilisateur est nécessaire car selon Jean-Guy Rens²⁷, les deux n'ont pas le même rapport à l'information : "*L'écriture : instrument*

²⁶ Mme Habib J. Maître de Conférences en Sciences de Gestion à l'IAE Gustave Eiffel à Paris

²⁷ Jean-Guy Rens - Révolutions dans la communication : de l'écriture à la télématique - Sociologie et sociétés, vol. 16, n° 1, 1984, p. 13-22- <http://id.erudit.org/iderudit/001629ar/DOI: 10.7202/001629ar> consulté le 23/03/2013

de communication souple et universel" alors que *"la machine [...] ne comprend que ce qui est simple"*. J.M Turreilles dans son livre *"1,2,3.... partez"*²⁸, confirme cette différence de langage au niveau du SIH. Mais comme le DPI est une "brique" du SIH, nous pouvons y transposer ses propos.

Il explique que l'informaticien utilise des données définies par leur nature (alphanumérique, algébrique, binaire...) contrairement au professionnel de santé qui lui a besoin d'informations pour déterminer son action. Une donnée isolée et hors contexte n'a pas de signification alors que l'information a un sens pour l'utilisateur. Le rôle de l'informaticien est d'intégrer dans le DPI *"la dimension sémantique, en fournissant des données constituant un contexte compréhensible pour le destinataire"*. A ceci, JM. Turreilles rajoute le fait que l'information doit être pertinente et donc utile afin d'éviter une surcharge informationnelle qui pourrait aboutir à une perte d'informations.

Dans son article, *"informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière"*, F. Acker²⁹ stipule que pour permettre l'utilisation de l'application du DPI par l'ensemble des personnes habilitées, il est nécessaire d'établir un langage et des catégories communes. L'information doit être ordonnancée et accessible en fonction du groupe d'utilisateur auquel le professionnel est rattaché. Par exemple, l'assistante sociale en psychiatrie s'intéresse aux informations concernant l'autonomie, les conditions de vie d'un patient, son lieu de résidence....mais elle n'a pas besoin d'information médicale pour préparer la sortie du patient. Son accès au DPI est, par conséquent, limité, ce qui contribue aussi à éviter qu'elle soit submergées par un flot d'informations inutiles pour sa pratique.

Lors de l'élaboration d'un logiciel informatique, les concepteurs prennent en compte plusieurs éléments dont le mode de raisonnement de l'utilisateur pour la conception de l'interface et ainsi faciliter l'appropriation de l'outil. Cependant, entre la notice établie par le concepteur et la réelle utilisation de l'outil par l'utilisateur, il y a souvent des divergences. En effet, l'utilisateur adaptera et ajustera l'outil à sa situation de travail. Ainsi l'usager va acquérir de nouvelles compétences.

De même, la partie dossier de soins infirmiers du DPI a été pensée d'après la méthode des transmissions ciblées comme le recommande le guide du service de soins infirmiers³⁰. Cette

²⁸ JM TOURREILLES- Proposition d'organisation type de SIH- in: Système d'information hospitalier 1,2,3....Partez - édition de l'école nationale de santé publique - Rennes - 2004 -pp191

²⁹ F ACKER. Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière. In: Sciences sociales et santé. Volume 13, n°3, 1995. pp. 69-92.- http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1337- consulté le 02/03/2013

³⁰ Guide du service de soins infirmiers 2édition- sept 2001- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf- consulté le 2/04/2013

méthode consiste à "*organiser la partie narrative du dossier de la personne soignée, pour comprendre rapidement sa situation et les soins nécessaires à dispenser*"³¹. Il est important de noter cette évolution dans la transmission infirmière car ce procédé fait appel au raisonnement clinique du professionnel et à son expertise en soins pour la structuration de la transmission sous forme de problèmes.

Le principe de transmissions ciblées ³²repose sur l'utilisation de deux outils : le diagramme de soins et les observations écrites.

Le diagramme de soins est une "*photographie des activités de soins*" au niveau des trois rôles de l'infirmière (rôle propre, prescrit, en collaboration). Il évite les retranscriptions inutiles de soins quotidiens et réguliers qui ne posent pas de problème particulier.

Les observations écrites sont notées de manière synthétique et structurée afin de permettre au soignant de retrouver rapidement l'information et de suivre l'évolution des problèmes identifiés. Elles donnent une "*photographie de la personne*"³³.

En résumé, la structure du DPI dépend de la politique du système d'information hospitalier définie par la Direction de l'établissement.

2.1.2.4 Le DPI, un atout pour la qualité des soins ?

La contribution du dossier patient à la qualité des soins n'est plus à prouver puisque la HAS l'évalue par des indicateurs qualité à chaque certification. Dans la V2010, la gestion de celui-ci était même une pratique exigible prioritaire (critère 14a). A partir de 2014, des indicateurs du programme hôpital numérique seront intégrés dans la grille d'évaluation des prochaines certifications.

Que signifie la "qualité des soins" ?

Plusieurs définitions existent sur ce thème, je m'appuierai sur celle de l'Institut of Médecine car elle est la plus récente (1990) et est reconnue par la Communauté Internationale : "*capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre*

³¹ F. DANCAUSSE et E. CHAUMAT- genèse et éléments de définition des transmissions ciblées- Les transmissions ciblées, un choix stratégique au service de la qualité des soins - 3^e édition- Elsevier/ Masson- Paris - 2000 - pp 8-10.

³² Ibid - principe des transmissions ciblées - pp11-34.

³³ F. DANCAUSSE et E. CHAUMAT- genèse et éléments de définition des transmissions ciblées- Les transmissions ciblées, un choix stratégique au service de la qualité des soins - 3^e édition- Elsevier/ Masson- Paris - 2000 - pp 8-10 - consulté le 05/01/2013

les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment".

Les termes de "*capacité*", "*probabilité*" et "*santé souhaitée*" montrent que les professionnels et les établissements de santé ont une obligation de moyens mais pas de résultats. De même, les soignants doivent se tenir informés des avancées de leur art (médicales, soins infirmiers, paramédicales et technologiques) ce qui inclue qu'ils aient au préalable évalué leur pratiques professionnelles.

Les établissements hospitaliers ont donc développé et modernisé leur système d'information, pour faciliter et améliorer la prise en charge du patient. Le DPI en est un exemple : le logiciel informatique permet d'agencer les informations afin qu'elles soient lisibles et rapidement compréhensibles par les soignants. L'information est ainsi disponible et partageable entre les acteurs, ce qui favorise la coordination des professionnels, contribue à la continuité de la prise en charge du patient et donc à la qualité des soins.

L'évaluation des pratiques professionnelles qui est une exigence pour la qualité des soins peut être effectuée en partie par la consultation du DPI. En effet, les éléments qu'il contient informent sur le déroulement de la prise en charge du patient. Le cadre de santé d'une unité peut donc se servir de cette base pour accompagner l'équipe paramédicale dans l'analyse de leurs pratiques afin de les améliorer. Les échanges et la discussion entre les membres de l'équipe soignante sont facilités par le langage commun utilisé dans le DPI.

Enfin, un soin ne peut être qualifié de qualité que s'il a pu être évalué au préalable. Zeynep Or et Laure Com-Ruelle³⁴, auteurs d'une étude sur la façon de mesurer la qualité des soins en France, expliquent que les caractéristiques principales de la qualité des soins servent d'indicateur qualité. La communauté internationale en a identifié cinq : efficacité, sécurité, efficacité, réactivité, accès.

Le document de l'ANAES³⁵ de 2003 sur le contenu du dossier patient estime que trois de ces critères sont particulièrement pertinents pour appréhender le dossier patient :

³⁴ Zeynep Or et Laure Com-Ruelle- la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer? -IRDES-DT n°18- décembre 2008- <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>- pp1-18consulté le 18/04/2013-

³⁵ Service Évaluation des pratiques de l'ANAES - évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient - amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations- juin 2003- disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf- consulté le 10/01/2013

- La **réactivité** : est le fait de mettre le patient au cœur du système. Le DPI répond à ce principe puisque c'est un instrument commun et partagé qui centralise l'information du patient. Il est la référence des professionnels soignants pour coordonner et organiser la continuité de la prise en charge.
- La **sécurité** : est fondée sur le principe de ne pas nuire au malade. Le DPI est un moyen de sécuriser la prise en charge car les informations contenues sont identifiées automatiquement (nom du patient et nom du soignant), horodatées ce qui permet de retrouver facilement les données. En outre, il limite les redondances d'actes et les erreurs liées à la retranscription.
- **L'efficacité** : selon Donabedian, c'est "*l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires*"³⁶. Ainsi, l'utilisation de l'outil informatique permet un accès en temps réel à l'information contenue dans le DPI pour tous les professionnels. Cet accès contribue à éviter un éventuel retard dans la prise de décision.

En résumé, le DPI est un élément essentiel pour une prise en charge de qualité.

En tant qu'outil informatique, il génère des modifications d'ordre organisationnel ou relationnel.

Après avoir étudié le DPI comme outil de gestion, j'ai voulu m'interroger sur les changements qu'il pouvait occasionner et dans ce contexte comment le cadre pouvait gérer ce changement.

2.2 En quoi le dossier du patient informatisé en tant qu'outil de gestion est vecteur de changement dans les pratiques soignantes ?

2.2.1 Le dossier patient informatisé : vecteur de changement ?

Le dictionnaire définit le changement comme une "*modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi*"³⁷.

³⁶ Zeynep Or et Laure Com-Ruelle- la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer? -IRDES-DT n°18- décembre 2008- <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>-pp1-18consulté le 18/04/2013

³⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement> - consulté le 23/03/2013

Le Dossier patient informatisé est un document immatériel puisqu'il utilise l'informatique comme support. Son implantation dans une unité de soins n'est pas neutre. Brangier et consorts³⁸, démontrent dans leur article " *Analyse critique des approches de l'acceptation des technologies : de l'utilisabilité à la symbiose humain-technologie*" que la technologie et l'humain vont interagir ensemble sur plusieurs plans : cognitif, sensoriel, symbolique et représentatif. De fait, la technologie va "introduire de nouveaux principes de travail dans un ensemble de règles socioprofessionnelles" qui permettent de maintenir un équilibre dans le travail collectif. Elle génère également des "transformations dans les habitudes de travail des professionnels"³⁹. Nous retrouvons ici les caractéristiques de l'outil de gestion.

Le DPI en tant qu'outil de gestion et informatique est donc vecteur de changement. Ce changement est de type organisationnel⁴⁰ car il touche les pratiques et l'organisation.

De nombreuses lectures sur l'outil informatique et l'informatisation du dossier patient m'ont permis d'identifier les impacts de ce changement pour les professionnels. [lectures : Brangier, Hammes-Adel et Bastien 2009 ; Acker 1995; Olesen et Markussen 2004; Dancausse et Chaumat 2003; Berbain et Minvielle].

Nous pouvons noter des modifications dans les **modalités d'écriture**. En effet, l'outil informatique a un matériel (unité centrale, écran, clavier et souris) et un symbolisme qui lui sont propre. Par exemple, la touche entrée sur le clavier signifie un retour à la ligne ou dans d'autres cas une validation d'un acte. L'utilisateur novice en informatique peut être gêné par ce langage particulier. Cette même difficulté se rencontrent au niveau du logiciel du DPI car il fait lui aussi appel à un système de signes dont le sens peut être abscond pour l'utilisateur (cliquer sur valider pour enregistrer les données ou les icônes sur le bureau...).

Les transmissions infirmières dans le DPI (vue au chapitre 2.1.2.3) changent la manière d'écrire les informations qui ne sont plus un assemblage d'actions de soins et d'écrits narratifs mais structurés en cibles/ données /actions et résultats. Cette forme d'écriture requiert une expertise clinique, une capacité à récolter des données pertinentes et à organiser sa pensée pour mettre en évidence uniquement les informations essentielles à la prise en charge du patient.

³⁸ E. BRANGIER, S. HAMMES-ADELE, J-M C BASTIEN- Analyse critique des approches de l'acceptation des technologies : de l'utilisabilité à la symbiose humain-technologie- Revue européenne de psychologie appliquée- nov 2009- www.em-consulte.com- consulté le 12/11/2012

³⁹ Anne NICOLLE - " La question du symbolique en informatique"- <http://www.isc.cnrs.fr/ARCo2001/VOdesVF/colloqueNicolle.doc>- consulté le 23/03/2013

⁴⁰ D AUTISSIER et I VENDANGEON-"les managers de première ligne et le changement"-revue française de gestion 2007/05 n°174 p115-130- [Cairn info](http:// Cairn info) consulté le 2/04/2013

Le DPI change aussi les **modalités de lecture** du soignant. La lecture sur écran et sur papier ne sont pas identiques car elles font appel aux représentations et aux systèmes mnémotechniques mis en place par les utilisateurs pour se repérer rapidement dans un dossier ou des documents. Par exemple, les documents de couleur et les différentes écritures sont des moyens visuels qui aident le soignant à prendre connaissance des informations. De même, les éléments du dossier papier sont ordonnancés de manière linéaire ce qui en facilite sa lecture. Le DPI est également classé mais sa présentation n'indique pas forcément le chemin à suivre pour prendre connaissance des informations. Le soignant doit donc reconstruire de nouvelles habiletés pour naviguer efficacement dans le dossier du patient.

L'outil informatique interviendra également dans la définition des rôles et dans les **relations interpersonnelles de l'équipe soignante**. Lors d'une action, plusieurs processus entrent en jeu pour la réaliser. Ce sont des mécanismes d'ajustement mutuels, de coordinations et d'accords tacites entre les professionnels qui permettent l'action. L'informatique déstabilise ce processus qui nécessitera une redéfinition des accords et des ajustements avant de trouver une nouvelle "*routine*". Ceci s'observe, d'ailleurs, dans l'informatisation des résultats d'examens. En les rendant disponibles et consultables sur le logiciel, le rôle de l'infirmière s'est modifié. Auparavant, elles avaient un rôle "passif" par rapport à la gestion des examens alors que maintenant c'est elle qui fait la démarche d'aller chercher l'information sur le logiciel.

Le DPI va modifier les **pratiques soignantes** : l'introduction d'une technique de communication agit dans les modes d'organisations c'est-à-dire dans "*les principes et les règles collectives de travail qui permettent de gérer la prise en charge des malades*". La technologie reconfigure les savoirs faire des soignants et l'organisation car elle intervient dans la coordination de l'action. Celle-ci est établie sur des éléments matériels, des savoirs implicites et cognitifs. Par exemple, si la prescription médicale informatisée qui génère la planification journalière des soins infirmiers n'indique pas les horaires correspondants à l'organisation des activités infirmière, cela demandera une étape supplémentaire de lecture et de réajustement dans la dispensation des traitements.

En résumé, le DPI intervient de différentes manières dans l'activité des soignants qui changent leur habitudes et leur processus d'action pour intégrer cet outil dans une nouvelle stabilité et routine de travail.

2.2.2 *Le cadre de santé : acteur du changement*

Les établissements de santé sont en constante évolution pour s'adapter aux réformes organisationnelles, aux contraintes budgétaires et aux attentes des usagers; le changement touche l'ensemble des secteurs du monde hospitalier.

Dans les unités de soins, le cadre de santé est un "*agent incontournable du changement*"⁴¹ puisqu'il est concerné à double titre: en tant que destinataire du changement et gestionnaire d'une unité de soins. Le cadre est donc chargé de conduire le changement dans son unité et d'amener les membres de l'équipe à y adhérer et à se l'approprier.

Ainsi pour réaliser cet objectif, le cadre doit connaître la nature, les comportements, l'intensité et les phases qui accompagnent le changement afin de répondre de manière adaptée aux inquiétudes légitimes des personnes vivants le changement.

Selon Isabelle Vendangeon et David Autissier, la nature du changement est en lien avec le projet et la conduite de changement décidé par l'établissement. Elle est corrélée également à l'autonomie que la direction octroie aux cadres et aux professionnels de terrain pour le concevoir. A partir de ces paramètres, I. Vendangeon et D. Autissier relèvent deux natures de changement : "*imposé*" ou "*participatif*".

Le "*changement imposé*" signifie que la conduite de changement est élaborée et orchestrée par la Direction générale. Le rôle du cadre de proximité est alors celui d'un intermédiaire entre la Direction et son équipe. Il facilite et contrôle la mise en place du changement au niveau de l'équipe. Il n'a donc pas d'action décisionnelle face au changement qui a été anticipé, construit et programmé par d'autres entités de l'établissement.

Le "*changement participatif*" lui se caractérise par l'intégration du cadre de proximité et des personnels soignants dans l'élaboration du processus de changement. L'avis du cadre de santé sera demandé car sa connaissance et sa vision globale de l'activité du service permettront d'adapter le changement au contexte. En impliquant le cadre et l'équipe dans la mise en place du changement, cela permet de limiter les résistances et les oppositions au changement. Leur expérience sera aussi un atout pour éviter les écueils que rencontre toute stratégie de changement.

Le changement est par définition "*destructeur de sens*"⁴² puisqu'il déstabilise la routine de travail des destinataires, ce qui engendre chez eux des inquiétudes d'intensité variable. En effet, à situation identique, certains percevront le changement comme majeur et d'autre comme mineur. Pour manager le changement, le cadre doit donc identifier le ressenti de ses collaborateurs.

⁴¹ David Autissier et Isabelle Vendangeon-"les managers de première ligne et le changement"-revue française de gestion 2007/05 n°174 p115-130- cairn info consulté le 2/04/2013

⁴² Céline Bareil-démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement- télescope-automne 2008-
http://www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_3/Telv14n3_Bareil.pdf- p.101 consulté le 27/04/2013

Le projet de changement va induire différentes attitudes chez les destinataires qui vont de l'acceptation à l'opposition totale. Isabelle Vendangeon et David Autissier ont identifié quatre comportements types : le "*légitimiste*, le *négociateur*, l'*indifférent* et le *contestataire*."

- Le "*légitimiste*" est la personne qui accepte le changement du fait qu'il émane d'une autorité supérieure et légitime au sein de l'organisation.
- Le "*négociateur*" accepte le changement si celui-ci prend en considération les particularités de l'activité du service. Cette personne est souvent force de propositions pour améliorer le changement et l'adapter à son secteur d'activité.
- "*L'indifférent*" est celui qui ne s'investit pas soit par manque de temps, d'objectifs lui correspondant ou par "*stratégie de retrait*". C'est souvent un résistant passif.
- "*Le contestataire*" est celui qui s'opposera au changement de manière plus ou moins systématique. Ses arguments pour s'opposer au changement sont à prendre en compte car il a une bonne connaissance du projet. Ses critiques sont souvent pertinentes et peuvent contribuer à faire évoluer le projet de changement.

Ces comportements sont évolutifs. Céline Bareil, professeur à HEC à Montréal explique dans son article "*démystifier la résistance au changement*"⁴³, que l'humain est tiraillé entre son envie de changer et son besoin de sécurité. Cette ambivalence s'accompagne d'inquiétudes qui évoluent en suivant une chronologie. Ceci a été démontré au cours de plusieurs études. Céline Bareil et les autres auteurs sur le changement nomment cette chronologie les "*sept phases de préoccupations*" (annexe 1). Elles permettent d'apporter des réponses pertinentes et ciblées aux inquiétudes du destinataire du changement.

En effet, dans les phases de 0 à 4 (de "*la non préoccupation du changement à la préoccupation centrée sur le changement*"), le cadre ne doit pas chercher à former, ni à convaincre de la nécessité de changer car les destinataires ne seront pas réceptifs. Il doit simplement être à l'écoute, rassurer et communiquer autour du changement envisagé.

Par contre, à partir de la phase 5 ("*préoccupations centrées sur l'expérimentation*"), le destinataire étant "*ouvert à l'apprentissage et à la formation*", le cadre est dans une autre dynamique d'accompagnement qui consiste à faciliter le transfert des nouveaux savoirs, à favoriser les échanges et à faire émerger les idées nouvelles.

⁴³ Céline Bareil-démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement- télescope-automne 2008-
http://www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_3/Telv14n3_Bareil.pdf- consulté le 27/04/2013

De la phase 5 à 7 (de la "*préoccupation centrée sur l'expérimentation*" à la "*préoccupation centrée sur l'amélioration continue du changement*"), les destinataires du changement cherchent à l'améliorer et à le perfectionner.

Céline Bareil explique, dans ce même article, que dans un groupe les préoccupations autour du changement sont souvent partagées (75% des cas) d'où l'importance pour le cadre de santé de repérer les comportements, l'intensité et les phases de préoccupations des membres de son équipe.

Enfin, le cadre de santé ne pourra réaliser le changement que s'il est lui-même convaincu de la nécessité et de la légitimité de changer. C'est un préalable à tout changement car il doit y avoir "*une cohérence entre le discours et les actions*" du cadre.

2.3 Synthèse du cadre conceptuel

Théoriquement, le dossier patient informatisé a les caractéristiques d'un outil de gestion. En effet, en tant que moyen de partage de l'information, il permet la coordination des professionnels autour d'un même objectif qui est la prise en charge optimale et efficiente du patient. Les éléments contenus dans le DPI donnent une vision au cadre de santé des connaissances et compétences de son équipe et des besoins en formation. Il lui permet donc de prévoir, décider et contrôler l'activité soignante au sein de l'unité.

Il contribue aussi à la qualité des soins puisque la traçabilité de l'information reflète une partie de la prise en charge. Par conséquent, il peut être une base pour l'analyse des pratiques professionnelles de l'équipe soignante.

De même, le DPI est source de changements multiples que le cadre de santé doit connaître pour accompagner l'équipe dans l'appropriation de l'outil.

Enfin, la stratégie du SIH de l'établissement influencera fortement la conception du DPI et la manière dont il sera utilisé par les équipes de soins. Le cadre de santé devra en tenir compte pour conduire le changement et l'accompagner dans l'unité.

Ces apports théoriques suggèrent que le DPI contribue à la qualité des soins dispensés par les soignants et qu'il est aussi un outil de gestion pour le cadre de santé. Mais est-ce réellement le cas sur le terrain ?

Ainsi pour enquêter auprès des équipes de soins, je reprendrai ma question de départ qui est:

Sachant que le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins dans une unité de soins, le dossier patient informatisé peut-il être un outil de gestion pour lui ?

Je partirai des hypothèses suivantes :

- Le dossier patient informatisé est un élément qui contribue à assurer des soins de qualité auprès des patients.
- Le dossier patient informatisé est utilisé comme outil de gestion par les cadres des unités de soins

3 L'enquête

Cette partie a pour objectif de confronter la problématique de départ (vue ci-dessus) à la réalité du terrain. J'ai mené une enquête auprès de onze professionnels de santé dans deux établissements sanitaires. Après analyse de ce recueil d'informations, des notions nouvelles ont émergé que j'ai comparé au cadre conceptuel pour aboutir à d'autres pistes de réflexion.

3.1 Cadre et méthodologie de la recherche

L'enquête consiste à démontrer que le dossier patient informatisé peut être un outil de gestion pour le cadre de santé afin de contrôler et réajuster la qualité des soins dispensés au patient dans son unité.

J'ai choisi de réaliser mon enquête dans deux établissements sanitaires : un en psychiatrie (structure publique) et l'autre en chirurgie (structure privée à but lucratif) pour plusieurs raisons :

- Possibilité d'observer et de recueillir l'opinion des soignants en situation de travail et d'utilisation du DPI. En effet, le service où j'ai enquêté en psychiatrie a été un lieu de stage d'un mois au cours de la formation cadre de santé. Quant à l'autre établissement, c'est celui où j'ai utilisé le DPI et également celui dans lequel où je pourrai aboutir mon projet professionnel;
- Possibilité de comparer deux logiciels informatiques différents utilisés pour l'informatisation du DPI : emed et axigate;
- Dynamisme des deux établissements dans la mise en place du DPI;
- Possibilité d'observer deux établissements avec un statut différent.

Mes investigations se sont effectuées grâce à des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes élaborées à partir de mes hypothèses de départ. J'ai ainsi pu recueillir le ressenti, le vécu et les opinions des personnes interrogées.

En parallèle, ces entretiens m'ont permis d'observer le langage non verbal, qui peut parfois alimenter l'analyse.

J'ai constitué une grille d'entretien similaire pour chaque catégorie afin d'avoir une base de comparaison (annexe 2).

Les informations recueillies sont de type qualitatif.

J'ai mené onze entretiens dont six en psychiatrie et cinq en chirurgie. Les personnes rencontrées étaient : deux Directeurs des services de soins infirmiers et médico-tehnique (un de

chaque établissement), deux médecins (idem), trois cadres de santé (deux en psychiatrie et un en chirurgie) et quatre infirmiers (deux de chaque établissement).

Il me semblait intéressant de questionner ces différentes catégories professionnelles sur ce thème pour différentes raisons :

- Les cadres de santé en tant que gestionnaires d'une équipe de soins
- Les Directeurs de soins en tant que représentants de la Direction de l'établissement auprès des équipes de soins. Ils pilotent la mise en œuvre des projets de l'établissement au sein des unités de soins.
- Les infirmiers en tant qu'utilisateurs du DPI.
- Les médecins en tant que prescripteurs dans le DPI.

Les données réunies ont été catégorisées pour ensuite pouvoir les confronter au cadre conceptuel et confirmer ou infirmer mes hypothèses de départ.

Les biais de l'enquête ont été :

- une question mal formulée concernant la contribution du dossier patient informatisé à la qualité des soins à laquelle les interviewés ont eu des difficultés à répondre.
- un fil conducteur difficile à maintenir : nécessité de recentrer les interviewés
- La difficulté de relancer certains soignants pendant l'entretien.
- Le manque de temps pour interviewer des informaticiens qui auraient complétés cette étude et apportés d'autres éléments de comparaison.

3.2 Analyse des résultats

L'analyse des onze entretiens a permis de faire émerger dix thèmes principaux que j'analyserai au travers de mon cadre conceptuel.

3.2.1 *Le DPI au service de la qualité des soins*

Une de mes hypothèses de départ était de vérifier si le dossier de soins informatisé contribuait à la qualité des soins. En posant directement la question lors des entretiens, les soignants ont eu des difficultés à répondre. En effet, cinq interviewés ont pris leur temps pour répondre et ont surtout axé leur réponse autour de la "sécurité" des soins. Pour deux personnes interrogées sur onze, la qualité des soins s'effectue au lit des patients et "*le côté relationnel et humain*" prime dans la qualité des soins pour un interviewé.

Un des deux Directeurs des services de soins établit un lien entre continuité et qualité des soins. Pour lui, si le DPI est une gêne dans certains cas à la continuité des soins, le soignant aura plus de difficulté à effectuer des soins de qualité.

Or, après l'étude des onze entretiens, je constate que les professionnels de santé ont associé au DPI trois critères de la qualité des soins : la sécurité, l'efficacité, la réactivité.

En effet, le DPI permet de **sécuriser** les données du patient pour un quart des professionnels :

- Un identifiant et un code d'accès sont la signature informatique du soignant et ils définissent les champs d'intervention de celui-ci dans le DPI. Les droits d'accès sont déterminés par la Direction des établissements.
Un médecin et un cadre de santé d'établissements différents expliquent que les données enregistrées dans le DPI sont pérennes; elles ne peuvent pas être modifiées tout comme la date et l'heure des soins qui sont enregistrées automatiquement. Ainsi, les données du patient sont protégées comme le suggère la réglementation en vigueur (chapitre 2.2.1.2).
- Le support informatique du DPI évite la perte d'informations et de documents puisqu'ils sont centralisés et sauvegardés sur plusieurs serveurs informatiques (entretien du cadre de santé de l'établissement de chirurgie).

Pour cinquante pour cent des soignants interviewés, le DPI sécurise aussi la prise en charge du patient car les prescriptions sont écrites, lisibles et claires; le Vidal est en ligne sur l'intranet dans les deux établissements ce qui facilite la vérification des traitements et les alertes "allergies" et "régimes" accroissent la vigilance des soignants sur ces sujets.

Le DPI contribue à l'**efficacité** de la prise en charge du patient puisqu'il permet plus rapidement la disponibilité de l'information. Six professionnels sur onze ont souligné la facilité de lecture du DPI car il centralise l'information et la présente de manière ordonnée. Les deux médecins sont satisfaits de consulter et de prescrire à distance. Cela évite des déplacements inutiles des soignants et permet aux médecins de suivre l'évolution des patients pris en charge. Les alertes sur les prescriptions médicamenteuses sont aussi un gage d'efficacité de la prise en charge puisqu'elle oblige les médecins à réévaluer leur prescription régulièrement.

Le DPI participe à la **réactivité** de la prise en charge. La centralisation et la disponibilité de l'information concourt à la coordination et à l'organisation de la continuité des soins. Deux médecins interviewés spécifient que l'accessibilité des informations contenues dans le DPI, ont permis de ne pas retarder ni d'interrompre une prise en charge. Le psychiatre explique que le DPI a

modifié sa prise en charge par rapport aux urgences psychiatriques. En effet, deux patients sur trois hospitalisés en psychiatrie sont connus des services de soins mais leurs facultés cognitives étant altérés à ce moment là, ils ne peuvent pas expliquer leur parcours et leurs traitements. Par conséquent, l'antériorité du dossier patient permet au psychiatre un gain de temps et ne diffère pas la prise en charge thérapeutique car le DPI est consultable à tout moment. Ce médecin note que l'interopérabilité entre la pharmacie et le logiciel DPI est aidant dans la prescription médicale puisque dans l'onglet "prescription médicale du DPI", la pharmacie informe le médecin de la disponibilité et des équivalences de traitements médicamenteux.

Ainsi nous avons pu voir que le DPI est un des outils d'amont de la qualité des soins puisqu'il centralise et met à disposition l'information nécessaire à la prise en charge du patient.

3.2.2 *Le DPI utilisé comme outil de gestion*

Les entretiens font apparaître que sur les onze professionnels de santé interrogés, cinq d'entre eux utilisent le DPI pour évaluer la qualité de la tenue du dossier et des transmissions. Ces cinq professionnels font partie de l'encadrement (les deux Directeurs des services de soins et les trois cadres de santé des unités de soins).

Deux des cadres interrogés ont formalisé ces évaluations.

L'un a effectué une évaluation des pratiques professionnelles sur les transmissions ciblées. L'ensemble de l'équipe avait été mobilisé dans ce projet mais pour l'instant il est en cours d'étude par la Direction des services de soins de l'établissement.

Le deuxième réalise des audits à partir d'indicateurs qualité définis par le groupe dossier patient et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Ces indicateurs sont au nombre de quatre et contrôlés sur trois trimestres. Le bilan de ces évaluations est communiqué aux instances de l'établissement (CLIN, CLAN, CLUD..) et aux professionnels de santé. Ils sont ainsi impliqués et sensibilisés à l'importance de la tenue correcte du dossier, la retranscription de transmissions ciblées et exhaustives. Ce bilan entraîne parfois des réajustements dans le DPI.

Le troisième ne formalise pas le contrôle du dossier patient. Il dit regarder ponctuellement la qualité des transmissions et reprendre en équipe les points faibles.

Un des cadres dit être chargé par sa Direction de relever dans le DPI les soins infirmiers qui pourront être codifiés dans le PMSI.

Le Directeur des services de soins de chirurgie explique que des fonctions dans le DPI peuvent être utilisées comme moyen de renforcer la vigilance des soignants sur certaines surveillances. En effet, des protocoles informatiques de prise en charge peuvent être programmés pour apparaître automatiquement dans le plan de soins. Or, nous avons vu dans le cadre conceptuel, que le DPI est vecteur de changement, qu'il induit des modifications dans les pratiques soignantes puisqu'il reconfigure les savoir-faire de ceux-ci. Dans le cas exposé, le menu déroulant indique aux professionnels les attentes par rapport à certaines pratiques soignantes.

Le Directeur des services de soins de psychiatrie présente le DPI comme un outil de gestion et souhaite que soient effectués des audits "*sur la performance de l'utilisation de l'outil*" lorsque l'établissement sera complètement informatisé.

Au travers de ces entretiens, nous constatons que le DPI est utilisé comme outil de gestion par l'encadrement ce qui confirme ma deuxième hypothèse de départ. En effet, le DPI est utilisé comme moyen de contrôler et de modifier les comportements de travail des soignants.

3.2.3 *Le rôle du DPI dans l'organisation des soins.*

L'analyse des entretiens a mis en évidence que le dossier patient informatisé peut influencer positivement l'organisation des soins de plusieurs façons :

- En permettant l'anticipation des soins, en post opératoire pour les deux infirmiers (2/2) de l'établissement de chirurgie. En effet, le chirurgien et les anesthésistes écrivent sur le DPI les consignes postopératoires avant le retour du patient en chambre ce qui permet à l'équipe soignante de vérifier la disponibilité du matériel, des traitements et de préparer la chambre de l'opéré.
- En permettant le suivi de l'évolution de l'état du patient et de sa prise en charge quotidienne :
 - Les soignants des deux établissements (4/11) sont satisfaits du DPI en ce qui concerne la visibilité et la lisibilité des informations qu'il contient. La lisibilité des informations est facilitée par l'écriture informatique et par le classement des informations dans le DPI. Les trois cadres de santé estiment que les transmissions ciblées permettent de repérer les éléments clés de la prise en charge du patient car l'information est écrite de manière structurée et synthétique. L'un des cadres souligne que cette structure de l'information favorise le suivi des patients en cas de mutation ou de transfert.

Cependant quatre infirmiers contredisent ces propos en notant que la recherche d'informations dans le DPI est parfois difficile car "*noyée dans une masse d'informations*". Ceci serait consécutif à des transmissions mal ciblées, ou à un défaut de présentation.

- Les deux médecins interrogés avancent que le DPI permet une transparence dans le suivi des traitements administrés ou en cours.
- Le logiciel du DPI de chirurgie permet d'avoir une vision globale de la prise en charge du patient grâce au plan de soins qui regroupent sous forme de "pancarte informatique" les soins dispensés, les prescriptions médicales et les transmissions ciblées. Le plan de soins peut être visualisé sur une journée ou plusieurs jours (cinq maximum).

Cependant, ces entretiens ont également mis en évidence que la sphère technique (matériel et logiciel) du DPI peut entraver ou faciliter la fluidité de l'activité soignante :

Des ordinateurs en nombre insuffisants et non portatifs entraînent une double saisie des données. En effet, deux infirmiers sur quatre expliquent que la validation de la dispensation des médicaments se réalisent en différé puisqu'il n'y a pas d'ordinateur portable et que les traitements sont distribués hors de la salle de soins (lieu où se situe les ordinateurs). Les transmissions infirmières lors des entretiens médicaux sont saisies à posteriori puisque le bureau de consultations dispose d'un ordinateur qui est utilisé par le médecin. Pour suivre la visite et relever les informations, les deux infirmiers disent utiliser une feuille de traçabilité journalière récapitulant les patients présents dans le service. Celle-ci leur sert d'aide mémoire.

En outre, dans une unité où les soignants travaillent en douze heures, le cadre de santé a remis en place les transmissions d'après-midi pour palier le manque d'ordinateur. Ce temps dédié a permis de retrouver dans cette équipe un espace de discussion formalisé qui favorise la concertation et la coordination autour de la prise en charge du patient. Le manque de moyen a donc généré une modification de l'organisation des soins et des pratiques soignantes.

Les deux autres infirmiers interrogés considèrent que leur service est suffisamment doté en ordinateur portable et fixe, car ils peuvent valider au fur et à mesure les soins effectués. Il y a donc un gain de temps.

Un des infirmiers sur les quatre interviewés signale manquer de dextérité dans la manipulation du clavier ce qui génère une perte de temps dans la saisie des données. Le DPI nécessite un temps d'apprentissage plus ou moins long qui est fonction du niveau de connaissances en informatiques des utilisateurs ce qui confirme que le DPI en modifiant les modalités d'écriture est facteur de changement pour le soignant.

Une des fonctionnalités du logiciel DPI a été reprise comme une gêne à l'organisation et à la prise en charge du patient par cinq professionnels de santé sur six d'un même établissement. Cette fonctionnalité est l'alerte sur les prescriptions médicales. En effet, elles ne peuvent pas être prescrites plus de 28 jours dans cette structure. L'alerte signale que la prescription arrive à échéance et sans renouvellement, elle disparaît du logiciel. Elle se déclenche trois jours avant la fin de la prescription. C'est une problématique accrue par rapport aux traitements médicamenteux d'action prolongée puisque leur durée de vie dépasse les vingt huit jours. En conséquence, ils ne peuvent pas être programmés sur plusieurs mois, il faut donc un autre support pour noter l'information et permettre la continuité du traitement.

Les cadres de santé interrogés disent être eux-mêmes vigilants au déclenchement des alertes. Un des cadres contrôle de façon hebdomadaire le DPI et une infirmière a inscrit ce suivi comme tâche quotidienne. Un agenda annexe existant avant l'informatisation perdue afin de noter les traitements à durée d'action prolongée et autres informations nécessaires à la prise en charge du patient dans le temps. Cet agenda est un moyen mnémotechnique et d'informations pour l'équipe qui y notent les rendez-vous extérieurs, les sorties et les entrées, les traitements spécifiques et les examens. Il permet d'avoir une vision globale de l'activité du service et facilite ainsi l'organisation quotidienne du travail. Selon Céline Bareil, les destinataires du changement ont des inquiétudes légitimes et normales dont l'encadrement doit tenir compte. Dans la situation citée ci-dessus, conserver l'agenda annexe au DPI permet de garder un repère pour les soignants ce qui les rassurent et les sécurisent.

Un des Directeurs de soins souligne l'importance de ces alertes et que les soignants y étaient vigilants dans son établissement. Cependant, cette notion n'est pas ressortie au cours des entretiens que j'ai effectué auprès des soignants.

L'autre problématique du déclenchement de l'alerte informatique est liée à la pharmacie. Afin de préparer la dotation hebdomadaire de chaque patient, la pharmacie se base sur les prescriptions médicales contenues dans le DPI. En conséquence, si le traitement en cours n'a pas été renouvelé par prescription médicale, le médicament ne sera pas délivré. Le Directeur des soins et les deux cadres de santé ont évoqué les déplacements répétitifs des soignants au cours d'une même journée à la pharmacie. Un des interviewés explique que si l'alerte se déclenche le weekend, cela les oblige à sortir de l'établissement pour aller chercher le traitement en officine de ville. Cette fonctionnalité du logiciel cause donc une désorganisation du service et est chronophage dans la prise en charge des patients.

Les quatre infirmiers utilisent une feuille de transmission éditée informatiquement qui contient des informations sur l'identité du patient et le motif d'hospitalisation; en plus de ces

informations le soignant y annote des éléments concernant la prise en charge. Le DPI seul ne suffit pas à donner une vision globale de l'activité du service de soins.

Enfin, tous les services de soins n'étant pas informatisé au sein des deux établissements étudiés, une partie des informations concernant le patient est sur support papier ce qui demande une double gestion des informations pour le soignant. Le risque de perte d'informations est aussi important dans ce cas.

Je pense que la connaissance de l'organisation de l'activité soignante est un atout pour les "équipes projet DPI" (exemple : prévoir le matériel nécessaire).

Concernant l'architecture du SIH, les quatre strates (technique, applicative, fonctionnelle et métier) sont à prendre en considération pour l'implantation d'un système informatique dans une unité de soins. En effet, elles peuvent avoir un retentissement sur la prise en charge du patient en désorganisant ou entravant l'activité soignante.

3.2.4 *Le DPI et la continuité des soins.*

Deux infirmiers et deux cadres de santé expliquent que le DPI centralise les informations concernant le patient ce qui facilite la consultation de celles-ci : "*un seul dossier*", "*que sur un écran*". Un cadre rajoute que le DPI est "*l'outil principal de travail des soignants*" et un autre que "*la traçabilité contribue à la continuité des soins*". Ces propos confirment que le DPI est utile à la continuité des soins comme cela a été prévu par les autorités gouvernementales.

Cependant, les personnes sondées informent que des fonctions et des dysfonctionnements du DPI peuvent menacer la continuité des soins.

Lors des entretiens, deux infirmiers et un médecin soulèvent le problème des "bugs" technique informatique qui sont des freins à la continuité et à la sécurité des soins; les soignants ne peuvent plus accéder aux informations contenues dans le dossier essentielles à la prise en charge du patient. Le temps du "bug " informatique, un des infirmiers révèle travailler sur le principe de la confiance pour certains soins comme la distribution des médicaments per os qui ont été préparés par l'équipe de nuit. L'autre soignant n'explique pas comment il travaille lors d'un "bug" informatique.

Dans les deux établissements, la même procédure est prévue pour palier aux interruptions informatiques. Seul le cadre de chirurgie et le médecin de psychiatrie en parlent. Le temps de la panne, les soignants peuvent écrire les soins et autres données sur les documents papiers du dossier patient qui sont mis à disposition dans chaque service de soins. Le cadre de chirurgie précise que pour permettre la continuité des soins en cas de panne, un document récapitulant les soins effectués

quelques heures auparavant peuvent être édités informatiquement. Cependant, cette procédure semble peu connue puisque les deux infirmiers de chirurgie ne l'ont pas évoqué au cours des entretiens.

Les droits d'accès peuvent aussi gêner la continuité des soins. Un des Directeurs de soins indique que l'habilitation des professionnels pour consulter le DPI est fonction de leur statut et de leur besoin en informations médicales. Ainsi, dans un des établissements, les kinésithérapeutes qui exercent en libéral n'ont pas accès aux données contenues dans le DPI. Or, ils ont besoin d'informations sur l'état psychique et somatique du patient pour assurer des soins de qualité. De même n'ayant pas accès au DPI, ils ne peuvent pas transmettre par écrit leurs observations ce qui est contraire à la continuité des soins.

Ainsi nous voyons que la loi Informatique et Libertés⁴⁴ modifiée par la 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 peut être un frein à la continuité des soins. Les professionnels doivent donc réfléchir à d'autres modes de coordination et de transmission avec ces paramédicaux qui n'ont pas d'habilitation pour le DPI.

Un des infirmiers trouve que dans le DPI, il manque une alerte signalant les nouveaux examens prescrits par le médecin afin d'éviter aux soignants d'ouvrir plusieurs onglets lors de la prise en charge d'un patient. Cette alerte serait donc un moyen de limiter les oublis.

3.2.5 *La conduite de changement.*

L'analyse des entretiens a mis en avant la stratégie de changement mis en place pour le déploiement du DPI dans ces établissements.

Ainsi, je constate que quatre professionnels sur les onze ont été hésitants dans leur réponse à la question qui concernait les raisons de l'informatisation du dossier patient. Pour eux, les raisons étaient de centraliser les informations dans un dossier, améliorer la circulation et la lisibilité de l'information, régler le problème d'archivages des dossiers patients ou permettre une économie de papier. Ces mêmes soignants ne connaissaient pas la stratégie de déploiement du DPI dans leur établissement. Ceci est-il dû à un manque d'intérêt de la part des soignants sur le DPI ou à une communication insuffisante de l'établissement autour de ce projet ?

Un infirmier pense que l'informatisation du dossier patient répond à des directives de la HAS, des tutelles et au besoin d'information de l'assurance maladie.

⁴⁴ Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

L'équipe d'encadrement et médical questionné sur la "stratégie SIH" de l'établissement connaît la politique de déploiement du SIH et du DPI sauf un cadre de santé et un médecin qui sont succincts dans leurs réponses. Est-ce dû à la question qui n'était pas assez explicite ou à un faible investissement dans les activités institutionnelles ?

Les deux Directeurs des soins stipulent que la mise en place du DPI a un coût humain et financier important. Dans l'un des établissements, deux postes d'infirmières coordinatrices ont ainsi été créés : un pour l'accueil des nouveaux arrivants et le suivi du DPI et l'autre pour l'organisation des sorties.

Les deux établissements ont un service dédié au SIH qui est assisté d'un groupe pilote DPI. Dans un cas, il décide de la progression du déploiement du DPI dans les unités de soins, forme et accompagne les soignants dans ce changement. Dans l'autre, il propose des axes d'améliorations.

L'enquête dans les deux établissements révèle également qu'un médecin est membre du groupe pilote DPI. Dans l'établissement chirurgical privé, c'est le président de CME et dans l'établissement de psychiatrie, c'est le médecin DIM. Si nous nous référons à la stratégie du changement, nous nous apercevons que ce choix est stratégique. Il permet de favoriser l'adhésion des autres médecins au changement. En effet, le président de CME a été élu par les autres médecins, il est donc reconnu et légitimé par ses pairs. Le médecin DIM est légitime par sa connaissance en informatique puisqu'il est chargé de la codification des actes médicaux.

Dans un des établissements, plusieurs médecins en sus du médecin DIM ont été impliqués dans le projet DPI. Ils ont contribué à définir les éléments spécifiques à la prise en charge médicale en psychiatrie lors de réunion avec les concepteurs du logiciel. Dans l'autre structure, le changement a été imposé aux médecins par la Direction de l'établissement (Directeur, Directeur des services de soins et Président de CME) en faisant pression sur l'équipe paramédicale qui devaient refuser d'appliquer une prescription médicale qui n'était pas réglementaire (écrite, horodatée et signée).

Chaque établissement a mis en place une stratégie du changement. En effet, le déploiement du DPI a été progressif et a suivi un calendrier sur environ trois ans dans les deux cas.

Les deux établissements ont pris le temps de tester le DPI dans un service pilote. Les essais des utilisateurs ont amené des modifications dans le DPI pour adapter celui-ci aux besoins des utilisateurs. Quand le service a été opérationnel sur l'outil, ils sont passés au service suivant. Celui-ci a été choisi par le groupe pilote DPI pour un des établissements et l'autre, le Directeur des services de soins explique que l'informatisation du service se fait sur proposition du cadre de l'unité ou selon les priorités. Par exemple, une des priorités est d'informatiser le Centre d'Accueil et de Crises de l'établissement psychiatrique car les quatre unités d'admission avec lesquelles il collabore

le sont. Il insiste également sur le fait que le moment de passage au DPI doit être défini et être à une période où l'équipe de soins est présente et disponible c'est-à-dire hors période de vacances scolaires ou de jours fériés.

Les deux institutions ont débuté l'informatisation des documents du DPI par la dématérialisation des données administratives du patient (état civil, données sécurités sociales, personne à prévenir...). Puis leur stratégie a divergé puisqu'un des établissements avait besoin de temps pour préparer l'équipe médicale à la prescription électronique. En effet, les médecins étaient peu favorables au DPI. Le groupe pilote a donc décidé d'informatiser le dossier de soins infirmier. Pour favoriser cette transition, le groupe pilote avait travaillé le dossier patient papier sous forme de tableaux pour ressembler au logiciel du DPI. Nous pouvons déduire que l'objectif était de limiter les inquiétudes des utilisateurs afin qu'ils adhèrent rapidement au changement.

De même, dans l'établissement de psychiatrie, l'encadrement et l'équipe pilote du DPI ont souhaité minimiser le papier lors de l'informatisation. Par conséquent, les médecins et infirmiers ont écrits des synthèses sur les patients hospitalisés au moment de l'informatisation pour intégrer ces données dans le DPI. Ceci était pour éviter les doublons en dossier et limiter le risque de perte d'informations.

L'étude des onze enquêtes m'a permis de faire ressortir que chaque groupe pilote DPI a nommé un professionnel infirmier ou médecin comme référent DPI. Ils ont pour rôle de former et d'accompagner les équipes dans la mise en place, l'utilisation du DPI et des transmissions ciblées. Dans la structure de psychiatrie, le référent du groupe pilote est assisté par le cadre de l'unité pour conduire le changement. Les deux cadres de santé en psychiatrie signalent avoir mobilisé les savoirs des professionnels déjà formés sur le DPI lors de la mise en place de celui-ci dans leur service. Ces professionnels avaient intégré leur unité suite à une restructuration au sein de l'établissement.

En psychiatrie, un référent DPI a été également nommé dans chaque service de soins pour être le relais du groupe pilote DPI auprès des professionnels. Un cahier de transmissions du DPI permet au soignant de relater les difficultés rencontrées au cours de l'utilisation du logiciel. Ces moyens mis en place montrent la volonté de l'établissement de réussir l'implantation du DPI dans les unités de soins et d'y associer les utilisateurs. Une stratégie un peu différente a été mise en œuvre par l'établissement de chirurgie pour faciliter l'appropriation de l'outil. En effet, les professionnels ont été formés sur le DPI par le référent du groupe pilote qui intégrait leur équipe le temps de leur apprentissage. Celui-ci était aussi le relais de l'équipe soignante auprès de l'informaticien et du groupe pilote. Au cours des deux dernières années, le DPI en chirurgie a été enrichi et complété par les différentes équipes de soins. L'informaticien avait pour rôle de vérifier la faisabilité de la demande et sa cohérence.

L'analyse des entretiens a montré que plusieurs comportements se sont dessinés face à ce changement. Nous pouvons prendre la grille de lecture des comportements du cadre conceptuel qui est basée sur celle d'Isabelle Vendangeon et David Autissier :

- Cinq professionnels sur les onze utilisent les mots, " peur ", "préoccupations" et "appréhension" pour parler de la mise en place du DPI dans les unités de soins.
- Un cadre signale que son équipe a eu une période de désintérêt pour l'outil suite à plusieurs dysfonctionnements. Ce comportement se nomme "*l'indifférent*", il apparaît quand le destinataire du changement ne souhaite pas agir ou par stratégie de retrait.
- Deux soignants relèvent que dans leur structure, ils ont des difficultés à obtenir les prescriptions médicales. Ils doivent insister auprès de l'équipe médicale. Nous pouvons assimiler le comportement de l'équipe médicale au comportement du "*contestataire*". Nous avons vu qu'il était intéressant de prendre note de ces critiques par rapport au changement car ces arguments sont souvent réfléchis et pertinents.
- Quatre professionnels relatent qu'il y a peu de réfractaire au DPI dans les unités de soins. Isabelle Vendangeon et David Autissier les appellent les "*légitimistes*", ils acceptent le changement car il émane de la Direction.
- Les deux médecins interrogés sont favorables au DPI. Ils ont contribué à définir la partie médicale dans le logiciel DPI et à l'adapter à leur pratique. Si on s'en réfère à Isabelle Vendangeon, ils ont un comportement de "*négociateur*" Ils disent croire en cet outil et le trouver facilitateur dans leur travail quotidien.
- Deux soignants notent que la nouvelle génération infirmière a été formée en quelques jours. Elle semble être mieux préparée à l'utilisation du DPI. Cependant, le contenu de leur transmissions n'a pas été évalué ?

Ainsi nous retrouvons lors de la mise en place du DPI, les quatre comportements décrits par Isabelle Vendangeon et David Autissier. Ceux-ci étant évolutif, il est important de les reconnaître pour l'équipe d'encadrement qui met en place le changement. Cela leur permet d'adapter leur discours aux personnes, à leur préoccupation et à leur état d'esprit face au changement.

Trois professionnels sur onze expliquent que des soignants sont capables de naviguer dans le logiciel et de trouver des raccourcis. Un des soignants dit bien connaître les fonctionnalités qu'offre le logiciel. Ici, nous pouvons voir que des soignants sont au stade de l'appropriation de l'outil puisqu'ils se permettent de découvrir toutes les possibilités de l'outil. C'est la dernière étape de la conduite de changement et des phases de préoccupations définies par Céline Bareil. Ceci

prouve que le changement auprès des destinataires est réussi et intégré comme un nouveau mode de fonctionnement.

3.2.6 Bilan sur la traçabilité infirmière.

Après l'analyse des entretiens réalisés auprès des neuf professionnels paramédicaux, il apparaît que :

- Pour trois soignants, les transmissions sont essentielles à la prise en charge du patient quel que soit le support. Le support informatique apportant une visibilité et lisibilité des écrits qui est importante pour trois soignants.
- Dans les deux établissements, la mise en place du DPI s'est accompagnée d'une modification de la traçabilité soignante. Ils utilisent la méthode des transmissions ciblées.
- Les transmissions infirmières ne sont pas organisées de la même façon dans les deux établissements. L'onglet "*soin infirmier*" du DPI est composée de trois parties différentes.

Dans l'établissement de psychiatrie, l'onglet est formé de : une partie pour l'écriture des informations sous forme de transmissions ciblées, une autre pour les informations recueillies auprès d'un tiers et la dernière pour les prescriptions infirmières (ce que l'on nomme aussi diagramme de soins). L'équipe paramédicale utilise peu cette dernière fonction.

Dans l'établissement de chirurgie, il est constitué de : une partie pour l'écriture des informations sous forme de transmissions ciblées, une autre pour les observations infirmières et la dernière pour le diagramme de soins qui récapitulent les soins non problématiques au cours du séjour mais nécessaires à tracer pour la continuité et le suivi du patient. Un des soignants signale que la lecture du diagramme de soins n'est pas un réflexe pour lui. Il l'utilise donc peu dans son quotidien contrairement aux transmissions ciblées.

- Les transmissions ciblées facilitent la continuité des soins et "*un meilleur suivi du patient*" dicit deux interviewés. Les transmissions sont synthétiques et donc visuellement attractives. Elles ne sont pas "*noyées*". Elles permettent d'avoir un langage commun pour une des personnes interrogées.

Par contre, huit soignants sur neuf expriment une difficulté à écrire sous forme de transmissions ciblées :

- Pour trois soignants sur neuf ce ne sont pas les bonnes cibles qui sont ouvertes ou elles sont mal exprimées. Ceci aboutit à des écrits désordonnés qui pose des

problèmes en termes de lecture des cibles et de recherche de l'information lors du classement de celles-ci dans le DPI (fonctionnalité d'un des DPI).

- Lorsqu'une cible est ouverte, un soignant signale que le suivi et le résultat de l'action sont souvent absents dans le DPI (1/9 soignants).
- Certaines observations et informations permettent le suivi de l'évolution de l'état du patient ou de sa prise en charge ne peuvent pas être noté en terme de problèmes pour certains professionnels. Par exemple, les observations sur la qualité du sommeil du patient en psychiatrie est à évaluer tous les jours même si le patient n'a pas d'insomnie. Cette difficulté à surtout était mise en avant en psychiatrie. Un des cadres signale que les transmissions ciblées "*bousculent la culture de la psychiatrie*" par rapport à l'écriture infirmière.
- Un soignant note des difficultés à synthétiser l'information.

Deux infirmiers parlent de "peur" par rapport au DPI et à la méthode des transmissions ciblées. Ceci s'est traduit de deux façons :

- Certains ont favorisé les transmissions orales par rapport aux transmissions écrites.
- D'autres ont multiplié les transmissions en traçant les informations dans le diagramme de soins et dans les transmissions ciblées ou observations infirmières.

Un des soignants a expliqué son appréhension par rapport à l'écriture sous forme de transmissions ciblées. Elle avait peur que l'écrit infirmier ne se résume qu'à "cocher et à remplir des cases", qu'elle ne soit plus libre de s'exprimer. Elle dit également que les transmissions narratives étaient comme une histoire qui avait un petit côté humain. Ces inquiétudes ont cessé depuis qu'elle utilise le DPI.

Deux infirmiers disent que des fonctionnalités du logiciel du DPI interviennent dans l'écriture soignante. Dans les deux établissements, des cibles et macrocibles sont listées dans des menus déroulants afin de faciliter les écrits infirmiers. Elles ont été définies en fonction des problèmes prévalents des patients suivis dans les unités de soins de ces établissements. Une particularité du DPI de psychiatrie est que des syntaxes ne sont pas reconnues par le logiciel (parenthèses, guillemets, virgule...) ce qui entraîne une perte des données par non enregistrement de celles-ci. Ceci a posé difficulté à une infirmière et un médecin.

Une majorité d'interviewés (7/9) estiment qu'une formation aux transmissions ciblées est nécessaire car cela permet de remettre à jour les connaissances et d'en acquérir de nouvelles. Les deux Directeurs des soins et les trois cadres de santé ont également défini la formation aux transmissions ciblées comme une priorité de leur institution. Cependant, un des cadres de santé signalent que cette formation est très peu demandée par les professionnels de son unité des soins.

Ces éléments confirment qu'écrire sous forme de transmissions ciblées nécessitent d'autres capacités de raisonnement que les transmissions narratives. P. Dancausse et E. Chaumat, nous ont expliqué que les transmissions ciblées faisaient appel à l'expertise des soignants et à leur capacité à prendre du recul par rapport aux situations vécues pour les synthétiser et les problématiser en cible. Ces entretiens nous ont montré qu'actuellement c'est un exercice difficile pour les soignants d'où l'émergence de la demande de formation par les soignants. Elle semble être un moyen de réassurance et de soutien pour lui.

3.2.7 *Le rapport au temps du DPI*

Neuf interviewés sur onze mettent en avant le rapport au temps du DPI. Il fera perdre ou gagner du temps au soignant selon les cas.

Les problématiques techniques et de connexions du système informatique peuvent ralentir une prise en charge par un accès difficile aux informations contenues dans le DPI (lenteur du réseau).

Dans d'autres cas, l'ergonomie de l'outil et le fait que le DPI soit paramétrable permet de programmer des protocoles informatiques qui accéléreront la saisie des informations. Par exemple, dans un des logiciels a été programmé un menu déroulant concernant les soins quotidiens, ceci facilite et accélère la traçabilité et la recherche de ce type d'information pour le soignant.

Le rapport au temps est également en termes de maîtrise de l'outil informatique (écran, souris, clavier et logiciel) qui peut entraver ou non son utilisation. De plus, certains logiciels ne sont pas intuitifs, il faut donc le temps de l'apprentissage et de l'appropriation qui est personne dépendante. Dans un des deux établissements, les nouveaux professionnels arrivés cette année ont nécessité que de huit jours de formation et d'accompagnement sur le DPI. Mais les informations tracées sont-elles pertinentes pour la prise en charge du patient ?

3.2.8 *La relation humaine et le DPI*

Au cours de trois entretiens, la relation à l'autre a été abordée. En effet, pour un cadre de santé, l'outil informatique a modifié par sa présence la relation du médecin et du patient lors de la consultation médicale; l'écran de l'ordinateur semblant mettre pour elle une distance entre le médecin et le patient.

De même, un des médecins explique que sa relation aux soignants s'est modifiée. Elle est maintenant basée sur la transparence des informations contenues dans le DPI et moins sur un rapport de confiance. Il dit que cette transparence dans les rapports médecins /infirmières sont de "vraies relations".

Un médecin et une infirmière affirment que le DPI n'a pas d'incidence en termes de temps dans la relation au patient. Pour le médecin, le temps consacré au patient est corrélé à la façon dont le professionnel de santé conçoit son métier et non lié au DPI.

3.2.9 *L'ergonomie du logiciel*

Les professionnels des deux établissements sont satisfaits de l'ergonomie du logiciel. Ils le disent pratique.

Cependant, un des infirmiers de chirurgie précisent que le logiciel DPI utilisé, dans son établissement, est peu intuitif et qu'il nécessite un temps d'adaptation pour les nouveaux arrivants. Il stipule aussi que le logiciel est complété en fonction de la demande des soignants ce qui le rend de plus en plus facile à utiliser.

Un infirmier a parlé des réflexes dans le travail qui sont modifiés par le DPI : *"je pense que l'on n'avait pas les réflexes par rapport à l'utilisation de l'outil"*. Cette idée reprend celle développée dans le cadre conceptuel qui notait que la technique modifiait les pratiques soignantes et qu'elle nécessitait l'apprentissage de nouvelles habiletés de travail pour l'utilisateur.

Des protocoles de soins spécifiques ont été créés afin de faciliter la traçabilité. Par exemple, des protocoles de soins concernant la surveillance quotidienne des soignants de chirurgie réunissent l'ensemble des constantes, de la surveillance des cathétérismes périphériques... dans un même onglet ce qui évite au soignant de changer de passage pour saisir l'ensemble des données.

Deux soignants remarquent qu'il manque du matériel adapté dans leur service comme des tablettes tactiles informatiques pour valider les soins au fur et à mesure. Actuellement, dans le service de soins, les ordinateurs sont installés dans les deux offices infirmiers (deux dans la salle de transmissions et l'autre dans la salle de soins).

3.2.10 *Point sur le DPI et la responsabilité soignante.*

Deux des onze personnes interviewés insistent sur le fait de la responsabilité soignante dans l'utilisation du DPI.

Le premier note que la signature et l'horodatage automatique des écrits font que les soignants sont responsables de leurs actes. Ils ne peuvent pas valider pour la journée les traitements comme antérieurement. Ils sont également vigilants à ne pas signer les soins effectués par leur collègue.

Le deuxième, lui souligne que chaque professionnel doit se sentir responsable des données qui lui sont confiées et donc être vigilant à protéger et à conserver leur confidentialité.

3.3 Synthèse des résultats

L'analyse des onze entretiens m'a permis d'apporter une réponse à mes deux hypothèses de départ :

- Le dossier patient informatisé est un élément qui contribue à assurer des soins de qualité auprès des patients.
- Le dossier du patient informatisé est utilisé comme outil de gestion par les cadres des unités de soins

L'hypothèse concernant la contribution du DPI à la qualité des soins dispensée au patient a été confirmée puisque j'ai retrouvé au travers de l'analyse des entretiens, les trois critères (efficacité, réactivité et sécurité) qui la caractérisent et qui sont définis dans le cadre conceptuel. Là. La tenue correcte du DPI comme défini par les recommandations de la HAS permet d'avoir des informations fiables, exhaustives et pertinentes qui contribueront à la qualité des soins dispensés au patient.

L'hypothèse considérant le DPI comme un outil de gestion a été partiellement validée par les interviewés. En effet, ils utilisent le DPI comme un outil d'évaluation et de contrôle de l'activité de soins ce qui leur permet de modifier l'outil pour le perfectionner. Cependant, ils utilisent peu le DPI comme moyen pour changer les "comportements de travail" des soignants. A mon sens, il manque une partie de l'étape qui suit l'évaluation qui est le réajustement auprès des soignants par un travail réflexif avec l'équipe de soins sur leur pratique de soins, leur mode d'organisation et de coordination.

L'analyse des interviews a également confirmé que le DPI est vecteur de changement puisque les deux établissements ont mis en place des stratégies de conduite de changement. Ce thème a été très développé par les interviewés. Le changement a généré des inquiétudes qui ont été très rapidement résorbées par les équipes d'encadrement du changement.

Les autres thèmes ressortis au cours de l'analyse des entretiens montrent l'influence du DPI dans l'organisation et la continuité des soins et dans la relation humaine qui se crée entre les membres d'une équipe ou entre le patient et le soignant.

Conclusion

Le dossier patient est un outil de traçabilité, d'information et de communication qui permet la continuité des soins et la coordination des acteurs de santé autour de la prise en charge du patient.

L'informatisation du dossier patient a pour objectif de rendre l'information disponible et partageable au sein d'un groupe de professionnels. Le niveau de partage de l'information est dépendant des choix stratégiques de l'établissement en termes de système d'information hospitalier. En effet, la Direction de l'établissement privilégie-t-elle l'interopérabilité complète du DPI pour faciliter le partage de l'information et ainsi s'inscrire dans la création d'un parcours de soins du patient ou décide-t-elle de limiter le développement de son SIH ce qui engendre une rigidité du DPI et un accès limité aux informations ?

L'analyse des entretiens a confirmé que le DPI est vecteur de changement dans une organisation. L'utilisation de l'outil informatique, son ergonomie et l'écriture sous forme de transmissions ciblées nécessitent un apprentissage par l'utilisateur ce qui se répercutera dans les habitudes, les relations et les comportements de travail. Or, si ces changements dans l'organisation du travail n'ont pas été anticipés et ne sont pas accompagnés par l'encadrement et l'équipe de pilotage du DPI, les soignants s'adapteront à ces transformations de façon anarchique, ce qui pourrait nuire à la prise en charge de qualité et sécurisée du patient. Le rôle du cadre de santé est essentiel ici puisque par son statut et sa fonction il est responsable de la gestion et de l'organisation de la prise en charge du patient dans l'unité de soins. Il a donc une vision prospective du service qui lui permet d'éviter ces écueils, de donner du sens, d'organiser et de guider ces changements.

De plus, les entretiens m'ont permis de valider mes deux hypothèses de départ.

En effet, le DPI est un outil de gestion pour le cadre de santé. Il permet à différents acteurs de santé de se coordonner autour de la prise en charge du patient. Il contribue donc à l'action organisée, tout comme, il permet de prévoir, décider et contrôler l'activité dans une unité de soins et d'agir sur les comportements de travail.

Le DPI contribue à la qualité et à la sécurité des soins puisque la fiabilité des informations qu'il contient est la base sur laquelle les soignants s'appuient pour dispenser des soins de qualité et sécurisés. L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence que le DPI participe à la réactivité, à la sécurité et à l'efficacité de la prise en charge du patient par les professionnels de santé. Ce constat n'a pas été évoqué directement par les professionnels car ceux interrogés place la qualité des soins dans l'acte auprès du patient et non dans l'anticipation, l'organisation et la préparation de cet acte.

Enfin, l'enquête montre que les infirmiers sont en difficultés dans l'écriture des transmissions ciblées. Les cibles ne sont pas formulées en termes de problèmes ce qui les gêne pour visualiser la prise en charge et le suivi du patient et se traduit par des difficultés à retrouver l'information. La méthodologie des transmissions ciblées est pourtant enseignée en formation initiale (soins infirmiers et aides soignants) et est reprise en formation continue.

Alors d'où viennent ces difficultés ? Pourquoi la formation ne suffit-elle pas ? Comment le cadre de santé peut-il les accompagner dans l'appropriation de cette méthodologie ?

Bibliographie

- **Textes de loi**

- 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 disponible sur [consulté le 10/02/2013](#)
- Article L1110-4 à l'article L1111-8 du code de santé publique, partie I, titre I, chapitre Ier : droits des personnes malades et des usagers du système de santé - disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FF2C0421931053C8B1CAA3C0A4272D24.tpdjo15v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20130429 - consulté le 23 mars 2013.
- Article R 4311-2 à R 4311-3 du code de santé publique, quatrième partie (professions de santé), livre III (Auxiliaires de santé), titre Ier (profession d'infirmier ou d'infirmière) - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171306&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080918> - consulté le 23 mars 2013
- Article R1112-2, code de santé publique, première partie (protection générale de la santé), livre I^{er} (protection des personnes en matière de santé), titre I^{er} (Droits des personnes malades et des usagers du système de santé), Chapitre II (Personnes accueillies dans les établissements de santé), Section 1 (Informations des personnes accueillies) - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908161> - consulté le 23 mars 2013
- articles 1316-1 et 1316-3, Code civil, livre III (des différentes manières dont on acquiert la propriété), titre III (des contrats ou des obligations conventionnelles en général), chapitre VI (de la preuve des obligations et de celle du paiement), section 1 (de la preuve littérale), paragraphe 1 (disposition générale).
- circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics

- **Ouvrages**

- JM TOURREILLES- Proposition d'organisation type de SIH- in: Système d'information hospitalier 1,2,3....Partez - édition de l'école nationale de santé publique - Rennes - 2004 - pp191
- F. DANCAUSSE et E. CHAUMAT- Les transmissions ciblées, un choix stratégique au service de la qualité des soins - 3^e édition- Elsevier/ Masson- Paris - 2000 - pp 226.

- **Chapitre d'ouvrage**

- M. CROZIER- E FRIEDBERG - introduction, les contraintes de l'action collective- in : l'acteur et le système-éditions du Seuil-1977 pp 13-37.
- **Support électronique :**
 - D. ADDA et P. FERNET - dossier Évolution du dossier patient et des archives médicales - gestions hospitalières - n° 515 - avril 2012 disponible sur <http://www.cabinettpc.com/articles/Adda2.pdf> - consulté le 14/01/2013
 - F ACKER. Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière. In: Sciences sociales et santé. Volume 13, n°3, 1995. pp. 69-92.- http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1337- consulté le 02/03/2013
 - D. AUTISSIER et I. VENDANGEON-"les managers de première ligne et le changement"- revue française de gestion 2007/05 n°174 p115-130- cairn info consulté le 2/04/2013
 - X. BERBAIN et E. MINVIELLE - L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage - sciences sociales et santé, vol 19 n°3 -septembre 2001- pp. 77-106 - http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2001_num_19_3_1529- consulté le 1/04/2013.
 - C. BAREIL-"démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement" - télescope - automne 2008- http://www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_3/Telv14n3_Bareil.pdf- consulté le 27/04/2013
 - E. BRANGIER, S. HAMMES-ADELE, J-M C BASTIEN- Analyse critique des approches de l'acceptation des technologies : de l'utilisabilité à la symbiose humain-technologie- Revue européenne de psychologie appliquée- nov 2009- www.em-consulte.com- consulté le 12/11/2012
 - Professeur M. FIESCHI - Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins-Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées - janvier 2003 - pp 56 - Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000714/0000.pdf> - consulté le 25/03/2013
 - F. OLESEN, R. MARKUSSEN - "Du stylo à l'ordinateur : la médication comme pratique sociotechnique". In: Sciences sociales et santé. Volume 22, n°1, 2004. pp. 69-94.-

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_02940337_2004_num_22_1_1609- consulté le 19/01/2013

- R. MARTINEAU- "Les outils de gestion, lieu de rencontre entre théorie et pratique : une revue de littérature" -<http://cermat.iae.univ-tours.fr/IMG/pdf/Regis.pdf> consulté le 02/01/2013
- Z. OR et L. COM-RUELLE- "la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer?" -IRDES-DT n°18- décembre 2008-
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>- pp1-18consulté le 18/04/2013-
- J.G RENS -"Révolutions dans la communication: de l'écriture à la télématique"- Sociologie et sociétés, vol. 16, n° 1, 1984, p. 13-22 -
<http://id.erudit.org/iderudit/001629ar/DOI: 10.7202/001629ar> -consulté le 23/03/2013
- Anne NICOLLE - " La question du symbolique en informatique"-
<http://www.isc.cnrs.fr/ARCo2001/VOdesVF/colloqueNicolle.doc>- consulté le 23/03/2013

- **Site internet :**

- Direction Générale de l'offre de soins. Hôpital Numérique: programme Hôpital Numérique. La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012/2016
<http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html> - consulté le 29/12/2012
- Guide du service de soins infirmiers 2^éédition- sept 2001-
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf- consulté le 2/04/2013
- Service Évaluation des pratiques de l'ANAES - évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient - amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations- juin 2003- disponible sur
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf- consulté le 10/01/2013
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interface/43685?q=interface#43607>
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/symbolisme/76059?q=symbolisme#75187>

Table des annexes

ANNEXES 1: Tableau de Céline Bareil sur les sept phases de préoccupations lors d'un changement

ANNEXES 2 : Les grilles d'entretien : cadre de santé, Directeur des soins, infirmier, médecin.

ANNEXE 1

**Tableau de Céline Bareil sur les sept phases de préoccupations
lors d'un changement**

Pour progresser dans le changement : les phases de préoccupations, les expressions courantes, les priorités de gestion et les actions adaptatives.

Phases de préoccupation	Expressions courantes et thématiques	Priorités de gestion	Actions adaptatives
1. aucune préoccupation	"Je doute que ce changement me concerne" continuité des projets habituels et des habitudes de travail peu d'importance accordée au changement	Communiquer de façon précise et donner de l'importance au changement	Poser des questions Rechercher des faits et des données vérifiables Confronter sa position à celle des autres Reconnaître ses réactions
2. préoccupation centrées sur le destinataire	"Que va-t-il m'arriver ?" Inquiétudes égocentriques quant aux impacts sur soi et sur son travail : perte d'emploi, insécurité, pertes du patron et de collègues, perte de pouvoir, d'autonomie, de compétences, incidences sur les outils de travail et sur l'organisation du travail	Ecouter et soutenir	Exprimer ses inquiétudes aux bonnes personnes Chercher des réponses Accepter que l'information ne soit pas disponible Apprendre à gérer sa petite voix intérieure
3. Préoccupation centrées sur l'organisation	"Est-ce que le changement est là pour durer ?" Inquiétudes quant aux conséquences organisationnelles du changement à moyen et à long terme Questionnements sur la légitimité du changement, sur la capacité organisationnelle à mener le changement à terme et sur l'engagement de la direction	Démontrer le sérieux et les raisons du changement et illustrer les moyens engagés par l'organisation pour la réussite du changement	Comprendre les raisons qui motivent le changement Se positionner par rapport au changement : rester passif ou s'investir ?
4. Préoccupation centrées sur le changement	"Qu'est-ce au juste que ce changement ?" "Comment fait-on ?" Inquiétudes quant au scénario de changement, à la qualité de la mise en œuvre du changement, aux ressources allouées	Communiquer le plan d'action, les ressources et faire participer	Répondre aux questions : qui, quand, comment, avec qui Échanger avec d'autres personnes ayant vécu le même type de changement
5. Préoccupation centrées sur l'expérimentation	"Est-ce que je vais être capable de... ?" Inquiétudes quant à sa capacité à faire face au changement, au soutien disponible et à la compréhension de son supérieur	Faciliter le transfert des nouveaux acquis : formation, accompagnement, temps d'adaptation	Réduire ses zones d'inconfort avec la technique des petits pas Clarifier les attentes du gestionnaire Exprimer ses besoins de soutien sur les plans technique et professionnel
6. Préoccupation centrées sur la collaboration avec autrui	"Qui pourrait-on réunir pour qu'on collabore à trouver des solutions et auprès de qui transférer notre récent savoir ?" Inquiétudes quant aux occasions d'échanges et de collaborations avec d'autres équipes, services, unités, etc	Faciliter les échanges entre destinataires et devenir une organisation apprenante en changement	S'impliquer dans un comité Partager son savoir et son savoir-faire Mettre à profit ses expériences de changement
7. Préoccupation centrées sur l'amélioration continue du changement	"Comment pourrait-on faire mieux ce qu'on fait bien avec le changement ?" Inquiétudes quant aux améliorations à apporter pour que le changement fonctionne encore mieux	Laisser émerger des pistes d'amélioration du changement	Oser agir autrement, innover Envisager des façons originales de faire les choses

ANNEXES 2

**Les grilles d'entretien : cadre de santé, Directeur des soins,
infirmier, médecin.**

Entretien avec le cadre de santé

Objectifs:

- Connaître l'implication du cadre de santé dans la politique SIH de l'établissement et son investissement dans la diffusion du DPI dans son unité
 - Connaître son opinion sur le DPI : son ergonomie, l'utilisation du dossier de soins par les infirmiers, contribution de celui-ci à la qualité des soins
 - Savoir s'il s'en sert en termes d'outil de gestion : contrôle, évaluation, réajustement par rapport aux pratiques soignantes
-
1. Quel est la politique SIH de l'établissement? (référents DPI...)
 2. Avez-vous participé à l'informatisation de votre unité ?
 3. Quelle répercussion avez-vous vu de l'outil ?
 4. L'informatisation du dossier de soins contribue-t-il à améliorer la qualité et la sécurité des soins pour vous? (si oui, en quoi)
 5. Et vous avez-vous un rôle par rapport au DPI en termes de contrôle, évaluation, formation...?
 6. Y-a-t-il ou est-il prévue une politique d'évaluation du DPI ?

Entretien avec un Directeur des soins

Objectifs:

- Connaître implication du DSI dans la politique SIH de l'établissement et son investissement dans la diffusion du DPI dans les unités de l'établissement
- Connaître ses attentes et ses directives vis à vis des cadres de proximité face à cet outil

1. Quel est la politique SIH de l'établissement?
2. Quel est le programme d'informatisation des unités de soins?
3. L'informatisation du dossier de soins contribue-t-il à améliorer la qualité et la sécurité des soins pour vous? (si oui, en quoi)

Entretien avec les infirmières

Objectifs:

- Connaitre leur implication dans l'informatisation de leur service de soins ?
- Connaître leur opinion sur le DPI : son ergonomie, contribution de celui-ci à la qualité des soins, facilité d'utilisation,

Age :.....

Date de diplôme :.....

Date de la prise de poste dans le service :.....

1. A votre avis, pourquoi le dossier du patient a été informatisé ?
2. Avez-vous participé à la mise en place du dossier de soins informatisé de votre unité ?
(si non qui l'a mis en place)
3. que pensez-vous de cet outil ? (ergonomie du logiciel, facilité d'utilisation, les difficultés...)
4. comment utilisez-vous l'outil dans votre quotidien ? (référence pour les soins à effectuer, planification des soins sur la journée pour un patient...)
5. dossier informatisé ou dossier de soins papier est-ce la même chose au niveau de l'utilisation pour vous ? (répercussion de l'outil informatique)
6. à votre avis, contribue-t-il à améliorer la qualité et la sécurité des soins? (édition d'un plan de soins, ..)
7. Avez-vous besoin d'un autre support pour avoir une vision globale des soins à effectuer dans le service (la bible) ?

Entretien avec un médecin

Objectifs:

- Connaître l'implication du médecin dans la politique SIH de l'établissement et son investissement dans l'utilisation du DPU dans son unité
 - Connaître son opinion sur le dossier médical et sur le dossier de soins infirmiers informatisé
-
7. Connaissez-vous la politique SIH de l'établissement ? (choix des logiciels, objectifs à long terme ex :DMP)
 8. Que pensez-vous du dossier patient informatisé ? (est-il pratique, amélioration de la qualité des soins)
 9. Contribue-t-il pour vous à améliorer la qualité et la sécurité des soins dans votre unité ?
 10. Quelle répercussion avez-vous vu de l'outil ?



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@12-13

TYPE DE DOCUMENT
Mémoire

TITRE DU DOCUMENT
Le dossier patient informatisé :
quel outil pour le cadre de santé ?

VINCHON Isabelle

MOTS CLES

Le système d'information hospitalier-information-dossier patient informatisé-instrument de gestion-cadre de santé- qualité et sécurité des soins

KEY WORDS

Health information management- information - Electronic Health Record - management tool - the health services manager - the quality and safety of healthcare

RESUME

Le système d'information hospitalier est un outil de gestion essentiel à la mise en place et au pilotage de la stratégie d'un établissement hospitalier. En effet, il centralise l'Information des différents domaines de l'établissement ce qui facilite sa circulation. Il permet également l'"action organisée" ce qui fait de lui un instrument de gestion.

Il est constitué de plusieurs outils (dont le dossier patient informatisé) qui permettent la réalisation de cet objectif.

Le DPI est un outil de traçabilité des informations concernant le patient et de partage de celles-ci entre les professionnels de santé. De ce fait, il participe à assurer une prise en charge de qualité et sécurisée.

Or Le cadre de santé est responsable de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins dispensés dans son unité.

En conséquence, le DPI peut-il être un outil de gestion du cadre de santé ?

Afin de répondre à cette question, j'ai mené une enquête auprès de 11 professionnels de santé dont 2 Directeurs des soins, 3 cadres de santé, 4 infirmiers et deux médecins.

ABSTRACT

Health information management is an essential management tool to set up and control the strategy of hospital. Hospital Information Systems can be defined as "massive, integrated systems that support the comprehensive information requirements of hospitals, including patient, clinical, ancillary and financial management". It can be considered as a management key as he provides "organized action".

Health information management has many different health processes, like Electronic Patient Record (or Electronic Health Record) to achieve this goal.

EPR is a system what handle the electronic health information for every patient. It can be shared between health professionals. Thereby, it improves the quality and safety of patient care.

But the health services manager is responsible for the organization, the quality and safety of healthcare inside his health unit.

Can the electronic patient record be likened to a tool for the health services manager?

To answer to this question, I conducted a survey and met 9 health professionals including 2 health directors, 3 health services manager, 4 nurses and two doctors.

