



HAL
open science

Prendre soin du dossier patient informatisé : une priorité managériale pour l'investissement des équipes

Thomas Tapella

► To cite this version:

Thomas Tapella. Prendre soin du dossier patient informatisé : une priorité managériale pour l'investissement des équipes. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04546891

HAL Id: dumas-04546891

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04546891v1>

Submitted on 15 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Institut de formation Cadre de Santé

MÉMOIRE DE RECHERCHE

Pour obtenir le diplôme de

CADRE DE SANTÉ



Institut Universitaire Santé Social

Master 2 : Droit Économie Gestion

Mention : Management et Administration des entreprises

Parcours : Management des organisations sanitaires,

Médico-sociales et sociales

Présenté et soutenu par

TAPELLA THOMAS

En juin 2023

Prendre soin du Dossier Patient Informatisé

Une priorité managériale pour l'investissement des équipes

Mémoire dirigé par **BERTILLOT Hugo**

JURY

BERTILLOT HUGO	Docteur en sociologie, Enseignant chercheur, Unité HaDéPaS Lille	Directeur de mémoire
DELVALLÉ OLIVIER	Cadre de santé paramédical Campus des métiers de la Santé Val de Lys Artois, Saint-Venant	Tuteur de mémoire
VANVELCENAHER RÉMI	Cadre de santé formateur FMMS Lomme - Lille	Jury Master

Remerciements

Dès le point final de ce mémoire, il m'est d'emblée paru évident de remercier mon directeur Hugo Bertillot et mon tuteur Olivier Delvallé pour la complémentarité et la singularité de leur accompagnement tout au long de cette aventure. La qualité de leur soutien résulte d'une subtile corrélation entre guidance, disponibilité et autonomie, qui m'a naturellement aidé pour faire cheminer mes pensées et mon écriture.

Je tiens également à remercier les formateurs de l'IFCS de la FMMS, Jonathan Faës mon responsable pédagogique et Rémi Vanvelcenaher. Leur bienveillance, la qualité de leur enseignement dispensé cette année et de mon suivi pédagogique est remarquable.

Ma gratitude va également à l'ensemble des personnes sollicitées pour l'enquête de ce mémoire, qui m'ont permis de partager leurs expériences de terrain et leurs convictions.

Je remercie bien évidemment ma « binôme de mémoire » Emmanuelle, pour son soutien et nos longues discussions Teams© atypiques. Notre binôme était efficace et productif, nous ferions une bonne équipe en service hospitalier.

Comment ne pas remercier mon ami et collègue de promotion, Morgan. Nos sessions mémoire « co-voiturage », notre vision commune de la formation, nos rigolades et son soutien indéfectible ont été déterminants pour ma réussite.

J'ai également une pensée pour Audrey, Elodie, Stéphanie, Marie, Valérie et Séverine qui m'ont accueilli en stage cette année. Elles m'ont considéré comme un collègue et ces expériences ont rendu cette année exceptionnelle.

Enfin, je remercie du fond de mon cœur ma femme Elodie et mes filles Léna et Lisa. Le soutien à toute épreuve d'Elodie m'a permis de maintenir le cap au cours des moments difficiles. Je la remercie également pour ces longs temps de relecture du mémoire. C'est avec fierté que je peux dire que j'ai réussi à combiner vie de famille et vie d'étudiant, ce fut intense mais le résultat valait le « sacrifice » d'une année.

Sommaire

Introduction	1
1. Mes expériences professionnelles	2
2. Constat de départ	3
3. Méthodologie	8
3.1. Méthodologie de recherche	8
3.2. Méthodologie d'enquête	11
4. Le DPI au cœur du système d'information en santé	14
4.1. L'évolution numérique du système de santé	14
4.2. Le développement du système d'information hospitalier	15
4.3. Le dossier patient informatisé	16
4.4. La démarche de projet informatique	17
4.5. L'usage du DPI	18
5. Première série d'entretiens	21
5.1. Population	21
5.2. Le guide d'entretien	21
5.3. Analyse de contenu	22
5.4. Analyse transversale des entretiens	34
6. Théorisation	37
6.1. La co-construction	37
6.2. Le cadre et le réseau, dans la traduction de l'information	47
7. Synthèse de la première partie de la recherche	54
8. Seconde série d'entretiens	56
8.1. Population	56
8.2. Le guide d'entretien	57
8.3. Analyse transversale des entretiens	58
9. Synthèse de la recherche empirique	103
10. Discussion	105
Conclusion	109
Bibliographie	111
Annexes	116
Table des matières	122
Liste des figures, tableaux et annexes	125

Introduction

Le numérique est au cœur de nos sociétés aujourd'hui. Dans le domaine privé, la technologie est considérée comme une extension des membres de l'être humain avec l'utilisation de téléphones portables, des réseaux sociaux, d'internet et autres Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Le domaine professionnel connaît des mutations identiques. Le système de santé est en pleine transformation via de nombreuses innovations numériques telles que le déploiement de l'informatique, la télémédecine, les portails patients informatisés, la robotique, ... Devant le développement numérique, les organisations transforment les pratiques à la lumière des changements qui en résultent.

Les professionnels de santé sont confrontés au quotidien à cette évolution. Le Dossier Patient Informatisé (DPI) fait partie intégrante d'une grande majorité des services de soins des établissements de santé. Toute évolution, ou toute mise à jour de ce DPI est donc une évolution des pratiques. Pour les soignants, cela induit qu'il est nécessaire de prendre soin du DPI, comme l'on prend soin d'un patient. À l'hôpital, certains professionnels considèrent que le DPI est une nécessité pour la prise en charge optimale du patient, d'autres pensent qu'il est un frein à leur prise en soins. Pour le cadre de santé, il s'agit de s'adapter aux contextes organisationnels et aux outils numériques dont il dispose pour favoriser l'adhésion de ses équipes au DPI.

Mon parcours professionnel m'a fait prendre conscience des enjeux de l'informatisation des services de soins pour les équipes, les cadres de santé et les directions. Le choix de la thématique du DPI pour ce mémoire m'a permis de prendre du recul sur mes expériences professionnelles et de mieux comprendre mon environnement et les besoins d'une équipe. Ce travail de recherche est avant tout une aide réflexive pour mes futures pratiques professionnelles en tant que manager d'une équipe.

Dans un premier temps, je débiterai ce mémoire par un constat lié à mes expériences professionnelles menant à un questionnement qui sera placé au cœur de la recherche. Puis, j'exposerai la méthode utilisée pour la recherche empirique pouvant répondre au questionnement. Enfin, je développerai l'analyse des enquêtes de terrain menées auprès du personnel paramédical, de cadres de santé et de chefs de projets DPI. Les résultats obtenus se confronteront aux questionnements posés au cours de la rédaction de ce mémoire.

1. Mes expériences professionnelles

Infirmier diplômé d'état de 2009, j'ai pu découvrir et maîtriser les principales missions du métier. Centré au cœur de l'organisation d'un service de soins, j'ai toujours accordé une attention particulière à la traçabilité soignante que ce soit en version papier en soins intensifs de cardiologie ou en version informatique en médecine.

Avec une soif de connaissance des organisations à l'échelle d'un établissement de santé et une volonté de participer à des projets innovants, j'ai été chargé de missions déploiement du Dossier Patient Informatisé au Centre Hospitalier de Lens durant quatre ans.

Par la suite, j'ai pu concrétiser un projet qui sommeille en moi depuis le début de ma carrière en initiant un parcours de formation de cadre de santé, par une expérience en tant que faisant fonction cadre de santé en chirurgie ambulatoire durant deux ans.

La singularité de mon parcours professionnel m'a permis d'appréhender une certaine appétence constante au numérique notamment avec l'utilisation du DPI. Le dossier patient permet au professionnel de santé de connaître l'ensemble des données relatives au patient (antécédents médicaux et sociaux, traitements, comptes rendus, suivi des prises en charges, ...) mais également de transmettre les actions effectuées lors des postes de travail. Une des missions d'un chargé de mission DPI est d'accompagner l'utilisateur soignant au changement : formations, coaching sur le terrain et suivi de l'acquisition des compétences étaient mon quotidien. En outre, lors de mon parcours de faisant fonction cadre de santé, j'ai pu renforcer mon observation de la qualité de l'utilisation du DPI et des besoins nécessaires aux soignants pour pratiquer la saisie informatique dans de bonnes conditions. Cette double casquette m'a permis d'être un point de référence pour les services de soins du pôle de chirurgie mais aussi de l'établissement. Enfin, j'ai participé aux groupes de travail « traçabilité soignante » et « évolution DPI » qui étaient constitués de cadres de santé, de soignants paramédicaux et médicaux de l'ensemble des services de soins du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Artois. J'ai également dispensé des cours magistraux sur les transmissions ciblées à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Lens.

2. Constat de départ

Au cours de mes expériences professionnelles, j'ai pu exploiter les outils informatiques entourant la prise en soins du patient. Par ma pratique de l'outil de traçabilité des soins informatisé et l'observation effectuée auprès de nombreux collaborateurs, j'en ai déduit les avantages suivants :

- Accessibilité du dossier.
- Sécurité des données.
- Clarté des informations saisies.
- Uniformisation des typologies de saisie.
- Protocoles et algorithmes informatiques facilitant les diagnostics et les prises en soins.

J'ai néanmoins été le témoin d'inconvénients à l'utilisation de l'informatique au quotidien :

- La dépendance au réseau informatique.
- La disparité des états du réseau WIFI.
- Le temps de traçabilité important.
- Le cloisonnement des informations disponibles en fonction du service de soins.

D'autre part, lors de ces expériences, plusieurs professionnels de santé m'ont fait part de leurs réflexions sur la question de la traçabilité informatique et de l'évolution vers le numérique. En effet, lorsqu'il y a une évolution majeure du DPI, comme par exemple un changement de solution d'exploitation, les soignants doivent s'adapter au changement d'un outil de soins de leur quotidien. Ils expriment leur besoin en accompagnement et une certaine peur du changement, du temps nécessaire ou du temps « perdu » à s'adapter et des conséquences qui en découlent pour le patient. Certains soignants indiquent « que l'on passe plus de temps devant un écran qu'à soigner les patients ».

Les cadres de santé doivent aussi s'adapter au changement : tout d'abord par la mise à jour de leurs connaissances en DPI mais aussi en recherchant des solutions d'accompagnement adaptées aux équipes de soins. Plusieurs cadres m'ont fait part de leurs réflexions sur leurs difficultés à se positionner dans ce rôle d'accompagnant sur cette thématique du fait de l'utilisation variable des outils informatiques à disposition du cadre de santé en fonction de l'individu et du secteur d'activités.

Mon parcours professionnel spécifique m'a amené à jouer le rôle d'assistant dans diverses situations lors de mon parcours de faisant fonction cadre de santé : les soignants étaient en demande d'aide sur l'utilisation du DPI ou lorsqu'il y avait une évolution et qu'ils ne savaient pas comment tracer leur activité de soins. Je me posais alors fréquemment les questions suivantes : sont-ils bien informés en amont de ces évolutions ? Pourquoi me sollicitent-ils alors qu'il existe une assistance informatique à disposition ?

Mon travail de recherche va s'effectuer autour des éléments explicités précédemment et de deux situations vécues lorsque j'étais faisant fonction cadre de santé et qui vont aboutir à un questionnement de départ.

Situation N°1 :

Durant ma première année de faisant fonction cadre de santé au Centre Hospitalier de Lens, j'ai pu participer activement à la mise en place de l'informatisation du dossier de soins en chirurgie ambulatoire. Ce service était informatisé depuis plusieurs années mais il ne disposait pas d'un outil adapté à la prise en charge ambulatoire, c'est-à-dire qui nécessite une traçabilité simplifiée et protocolée pour l'ensemble des prises en charge rencontrées. Une demande d'évolution majeure a été formulée par l'encadrement de chirurgie et elle a été validée par la direction du système d'information pour un paramétrage en janvier 2020. Le déploiement du DPI spécifique à la chirurgie ambulatoire s'est effectué en septembre 2020. L'outil informatisé a permis d'automatiser des parcours patients par des checklists et des protocoles. Le fait d'avoir un outil de traçabilité de soins adapté et spécifique à la prise en charge d'un service a permis une optimisation de la qualité de la transmission des informations. En effet, j'ai pu remarquer la traçabilité qualitative des dossiers patients lors d'audits organisés par le service qualité du centre hospitalier auxquels j'ai participé lors de la certification de l'établissement en juin 2022. L'équipe m'a indiqué que l'informatisation du dossier de soins a aussi permis de gagner du temps par rapport à l'ancien outil utilisé moins adapté et qui imposait une saisie hybride sous format papier.

Le passage à un nouveau dossier de soins plus adapté et le franchissement du palier informatique a été un succès. Pourtant ce changement n'a pas toujours été bien vécu par tous les soignants. J'ai accompagné l'équipe à l'utilisation de l'outil grâce à l'appui des

collaborateurs de l'équipe informatique. En quelques mots, les spécificités d'accompagnement rencontrées les premières semaines pour l'évolution du dossier patient furent les suivantes :

- Trois infirmiers du service avaient peur de « mal faire », de ne pas « cliquer au bon endroit » (une de moins de 30 ans, une de 40 ans et une de plus de 50 ans).
- L'ensemble des aides-soignants préféraient effectuer les soins de leur secteur dans un premier temps et s'octroyer un second temps de transmission en fin de poste.
- Deux infirmières avaient une réelle peur de ce changement. Elles appréhendaient l'heure de poste où elles étaient sans leur binôme car elles se retrouvaient seule devant l'outil informatique et redoutaient « d'être bloquées » devant une situation de difficulté de saisie.

Pour accompagner l'équipe et m'assurer de la qualité de l'utilisation du nouveau DPI, j'ai :

- Appliqué un suivi rapproché de la qualité de la saisie informatique et de la bonne pratique des protocoles en contrôlant les dossiers patients et en rassurant les équipes.
- Créé un outil de suivi des demandes d'évolution du dossier spécifique où les collaborateurs notaient soit les bugs observés, soit les demandes d'évolution. L'équipe a apprécié cet élément de suivi. Le tableau a été complété par une majorité de collaborateurs dès sa mise en place. Cet outil a perduré durant plus de six mois et cela a abouti à deux mises à jour du dossier spécifique.

À ce jour, le nouveau DPI est utilisé à bon escient et il est apprécié par tous.

Situation N°2 :

Un an après la mise en place du nouveau DPI en chirurgie ambulatoire, le service de soins était presque totalement informatisé. Le parcours du patient partant de son admission, de son passage au bloc opératoire, de la surveillance post opératoire et de sa sortie, est entièrement tracé dans l'outil informatique.

Pourtant, j'ai observé une certaine réticence des collaborateurs de chirurgie ambulatoire à franchir les derniers caps dans l'informatisation comme :

- À se référer à un outil spécifique relatif aux agendas des patients et à leur réservation de plage opératoire.

- À consulter de nouvelles fonctionnalités du dossier patient relatives à la numérisation de documents concernant des séjours antérieurs du patient ou des informations administratives.
- À utiliser un tableau informatisé de transmissions pour les admissions en urgence pour le lendemain.

En début 2022, l'ensemble des outils étaient déployés pour une informatisation du service de soins à 100%. D'autres modules du DPI se sont ajoutés au dossier de soins de la chirurgie ambulatoire comme le module utilisé par le bloc opératoire, le module d'anesthésie et le processus de numérisation. Ces modules ont été développés avec les services spécialisés et une communication avait été effectuée à l'établissement lors du déploiement en fin 2021.

Malgré ce nouveau palier numérique et la possibilité de pratiquer une traçabilité totalement informatisée du parcours d'un patient de chirurgie, des outils papiers comme des agendas et des modèles de dossier de consultation continuaient d'être utilisés. En questionnant l'équipe, une majorité d'infirmiers et d'aides-soignants expérimentés en chirurgie ambulatoire et maîtrisant l'ensemble des prises en soins des patients, j'ai appris que la plupart d'entre eux réutilisaient des supports au format papier et qu'ils indiquaient également aux professionnels moins expérimentés de pratiquer cette organisation hybride. Cette situation m'a interpellé. Je me suis donc entretenu avec eux pour trouver les raisons de cette régression des processus de travail. Les causes principales évoquées étaient :

- « Je dois utiliser ce module supplémentaire pour explorer le dossier, je passe de plus en plus de temps devant l'ordinateur ».
- « Je n'ai pas eu de formation au logiciel depuis un an, il y a beaucoup de choses que j'ai oubliées ».
- « Il y a toujours des nouvelles mises à jour dans ce dossier, on finit par ne plus savoir où aller ».
- « Les collègues utilisent ce tableau mais ne m'ont pas expliqué comment il fonctionne ».
- « Le technicien informatique est passé pour expliquer la procédure de numérisation mais je n'ai pas compris ».

J'ai dû prendre le temps nécessaire pour leur expliquer les bénéfices en termes de sécurité de traçabilité informatisée une à une. Cela a pris plus de trois mois pour que l'équipe utilise de nouveau les outils informatisés et qu'elle accepte véritablement d'appliquer les processus mis en place depuis un an et demi au total. La correction de cette régression informatique était plus

complexe à accompagner et à accepter pour l'équipe par rapport à la mise en place du DPI à part entière. En outre, trois infirmières étaient particulièrement réticentes à ce rétablissement des agendas et tableaux de transmissions en version informatisée. Elles étaient pourtant expérimentées et maîtrisaient les protocoles de prise en charge des patients. Avant de se contraindre à réutiliser les outils informatisés, elles m'ont fait part de leur désaccord à plusieurs reprises, elles ne voulaient plus changer de nouveau leur façon de faire.

En parallèle des explications données et du suivi de l'équipe pour la correction des processus de traçabilité, je me suis posé les questions suivantes : quelles sont les raisons de cette régression informatique ? Pourquoi cette réticence aux évolutions apparaît aujourd'hui ? Est-ce que l'absence de concertations initiales dans le service a entraîné un rejet à minima partiel du projet ? Est-ce que mon rôle était de les convaincre de ré-utiliser les outils informatiques ? Les équipes sont-elles assez autonomes dans l'utilisation des outils numériques ?

Ces situations de départ relatives à l'accompagnement d'un cadre de santé auprès de ses équipes dans l'utilisation du dossier de traçabilité des soins informatisé m'ont permis d'émettre une hypothèse : lorsque la construction d'un projet est commune avec le soignant et que les besoins initiaux sont pris en compte, une démarche d'accompagnement est plus efficace que lorsque le projet d'informatisation est mené par des collaborateurs extérieurs au service.

Mais au-delà de ce postulat de départ, plusieurs questionnements connexes aux missions du cadre de santé peuvent se poser :

- Comment le cadre peut-il transmettre les informations complexes d'un projet informatique à ses équipes ?
- Comment faire comprendre aux équipes que les besoins de développement des compétences numériques sont nécessaires dans la vie quotidienne du service ?
- Dans le cas d'un professionnel réfractaire aux évolutions numériques, pourquoi est-il résistant au changement ? Comment le comprendre et l'accompagner ?

Ce constat et ces questionnements m'orientent vers la problématique de départ suivante :

Comment le cadre de santé contribue-t-il à l'appropriation par l'équipe des changements découlant des évolutions des outils de traçabilité informatisés des soins ?

3. Méthodologie

Cette question de départ étant posée, il s'agit de chercher des pistes de réflexion afin de comprendre quels sont les moyens, si toutefois ils existent, facilitant l'appropriation des équipes soignantes d'un outil de traçabilité des soins informatisé en tenant compte d'un contexte d'évolution du système de santé et de la place grandissante du numérique dans notre société.

3.1. Méthodologie de recherche

3.1.1. La méthode qualitative

Pour la recherche, il est fondamental de s'approprier une méthodologie de travail. Depuis la genèse de la recherche de thématique de ce mémoire jusqu'à sa conclusion, j'ai souhaité apparenter cette méthodologie à un cheminement de la pensée reflétant de nombreuses réflexions personnelles. Ce cheminement est, selon moi, parsemé de virages et de collines mais doit déboucher en une singularité cognitive, un objectif à atteindre avec des moyens techniques et sociaux pour y parvenir. Ce mémoire traite de l'utilisation de l'informatique dans le soin. Une recherche concernant un aspect en apparence déshumanisant de l'exercice de la santé aurait pu faire l'objet d'une démonstration par des faits à l'aide de données numériques. Cette méthode pourrait probablement aboutir à des réponses déjà obtenues par d'autres études, par des faits objectifs.

J'ai plutôt opté pour la méthode qualitative pour favoriser une approche centrée sur les personnes, pour tenter de répondre à la problématique posée en privilégiant la relation sociale. Les réponses pourraient s'obtenir par le vécu et la perception profonde des individus, et les interactions sociales propres aux enjeux de la santé. Comment les professionnels de santé perçoivent-ils leurs compétences dans le domaine de l'informatique ? Comment comprendre ces personnes dans leur quotidien ? Dans le cas d'un professionnel réticent aux évolutions, l'objet de la résistance est-il l'outil informatique en lui-même ou est-ce dû à un contexte

professionnel ou personnel ? Toutes ces questions peuvent avoir des réponses par une méthode qualitative permettant de prendre en compte les mots employés, leur signification, le non verbal s'articulant autour des verbatims et les savoirs expérientiels. Mucchielli (2009, p.174), définit la méthode qualitative par un « *type de recherche qui privilégie des données non numériques recueillies dans le milieu naturel des personnes. Le chercheur tente d'établir une interaction avec les participants à l'étude afin de dégager une compréhension riche et crédible du sens que les participants donnent au phénomène étudié. [...] Le rapport au savoir est aussi différent dans la mesure où le sens produit est vu comme émergent et construit au cours de la recherche, fruit de l'interaction entre les participants et le chercheur.* ». Par cette méthode, chaque mot, chaque expression sera recueillie et analysée en tenant en compte, ou non, des répétitions.

3.1.2. La posture inductive

Par cette démarche de recherche empirique, j'ai souhaité recueillir des données provenant des acteurs de la santé au plus proche de leur réalité de travail. Ainsi, au regard d'une question de départ, il s'agit de récolter des réponses à partir du terrain, des expériences, du quotidien des professionnels.

Cette méthodologie se caractérise par une posture décrite comme inductive. Ce mode d'enquête est défini par Beaugrand (1988) et cité par Balslev et Saada-Robert (2002, p. 89) qui, s'inspirant des travaux de Karl Popper, décrivent l'inductif comme consistant à « *aborder concrètement le sujet d'intérêt et à laisser les faits suggérer les variables importantes, les lois, et, éventuellement, les théories unificatrices* ». L'ensemble des analyses émergeant des concepts et des tentatives de réponse au questionnement a été effectué à partir des observations de terrain.

À la différence de la méthodologie de recherche hypothético-déductive qui pose une ou plusieurs hypothèses pour répondre à une problématique que l'auteur de la recherche confirme ou réfute à la fin de ses travaux, la méthode inductive est évolutive et ne fait pas forcément l'objet d'hypothèses de travail. Il s'agit d'accepter l'incertitude, de se laisser guider par les données recueillies et de faire évoluer ses questionnements de départ. La posture inductive permet de partir de données brutes en limitant les réponses orientées par le chercheur lors des recueils. Par cette démarche inductive, j'accepte de me laisser bercer par les données empiriques et de mener un cheminement de ma pensée jusqu'alors inexploré.

3.1.3. La théorisation ancrée

Dans le but de placer les données empiriques recueillies en point central de la recherche, la méthodologie d'analyse employée a été celle de la théorisation ancrée. La théorie ancrée est une méthode de travail explorée et décrite par Glaser et Strauss dans les années 1960. Cette méthode inductive est largement utilisée dans les domaines des sciences humaines et sociales. C'est donc assez naturellement que je l'ai choisie pour la recherche et l'analyse des données car elle correspond aux dimensions humaines et expérientielles de la thématique que je souhaite développer. Méliani (2013, p. 436), cite Paillé (1996, p. 184) pour définir la théorisation ancrée qui est une méthode d'analyse qualitative « *visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives* ».

Les enquêtes menées dans ce projet de recherche ont permis de dégager des théories et des concepts pour appuyer les données recueillies. Cette méthodologie propose intrinsèquement une part d'inattendu. Ce parti pris de ne pas savoir à l'avance jusqu'où va aller la recherche et quels seront les questionnements que concluront les résultats, sont selon moi les arguments pour le choix de la méthodologie d'enquête par la théorisation ancrée. Debout (2012) et Méliani (2013) indiquent notamment que le volume de données à recueillir et les concepts théoriques ne sont pas connus à l'avance. La recherche s'arrête lorsqu'il n'y a plus de nouvelles données ou de thématiques recueillies dans les entretiens. Ce phénomène est appelé saturation de données. La méthodologie d'analyse des données s'effectue par codage. J'ai appliqué cette méthodologie lors de ce mémoire. Le déchiffrement des données ¹se caractérise par un :

- Codage ouvert en reformulant des données recueillies en fonction des termes les plus évocateurs.
- Codage axial en regroupant les données par thématique selon le volume et l'importance des notions évoquées. Chaque catégorie possède sa définition et ses caractéristiques qui sont explicitées. Les relations qui unissent les catégories sont identifiées.

Méliani (2013) indique que l'on retrouve six formes de relation selon Glaser et Paillé : cause, conséquence, condition, contexte, covariance et contingence.

- Codage sélectif en sélectionnant les théories prédominantes à étudier par la littérature.

¹ Cf annexe N°1 : Recueil de données et processus d'analyse en théorie ancrée

Le processus de théorisation survient en fin d'analyse. Ayons à l'esprit que la théorisation ne sera jamais achevée. L'objectif est ici de renforcer les concepts émergents et d'affaiblir les explications divergentes au moyen de trois procédés :

- Sélectionner un certain nombre d'éléments représentatifs pour consolider une théorisation.
- Expliquer les évènements qui contredisent cette explication. Ces cas vont alors remettre en cause l'explication et impliquer une autre reformulation.
- Décomposer la théorisation sous forme d'énoncés pour vérifier si les données empiriques sont en harmonie avec les hypothèses formulées.

En conclusion, il s'agit par cette méthodologie d'effectuer des allers-retours entre enquête, analyse et recherche conceptuelle. Les questionnements évoluent ainsi que les hypothèses de recherche.

3.2. Méthodologie d'enquête

L'initiation à la recherche s'est constituée d'une première série d'entretiens dits « exploratoires » puis d'autres entretiens en suivant une méthode inductive. En effet, mener plusieurs séries d'entretiens m'a semblé cohérent au regard du type de problématique posé, c'est-à-dire de recueillir des données provenant du vécu et de la perception personnelle d'un échantillon de personnes représentant plusieurs cas d'études.

3.2.1. La méthode exploratoire

Le début de la recherche a remis en contexte les deux situations exposées dans l'unité de soins lors du constat de départ. L'évolution du système de la santé, le virage numérique et les projets d'informatisation des outils de soins sont des éléments à prendre en compte pour l'analyse des données qui ont été recueillies. La recherche empirique a fait l'objet de plusieurs entretiens exploratoires et d'autres séries d'entretiens qui constitueront le corps de l'enquête.

L'exploration a permis d'avoir une vision macroscopique de la thématique de la recherche pour ensuite faire évoluer le questionnement de départ vers une autre question de recherche. Les données récoltées proviennent de personnes ayant une connaissance d'un DPI et des expériences liées à son développement. Cette matière empirique a été apportée via une méthodologie spécifique permettant de se centrer sur les exemples et le vécu. J'ai utilisé l'entretien semi-directif.

3.2.2. L'entretien semi directif

Le type d'entretien constituant le corps de la recherche a été semi-directif. L'entretien semi-directif est défini par Imbert (2010, p.25) comme « *une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise* ». Imbert complète sa description de l'entretien semi-directif en citant Lincoln (1995) comme « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructiviste.* ». Ainsi, ce type d'entretien permet à la fois de laisser la personne interrogée développer ses propos en profondeur mais également de construire un échange privilégié. Au cours de ces entretiens, j'ai relancé les interlocuteurs lorsque cela a été nécessaire pour insister sur certaines expériences ou lorsque des propos ont mérité d'être davantage explorés.

A contrario, il a été indispensable de ne pas influencer l'interviewé. Mes avis personnels n'ont pas été exprimés et j'ai été attentif à ne pas employer un langage non verbal pouvant orienter les réponses de mon interlocuteur. Durant l'entretien, l'expression non verbale fut également prise en compte. Les expressions faciales, l'intonation de la voix, les moments de silence ou tout autre signe pouvant influencer l'interprétation des propos ont été perçus et notés.

L'entretien semi-directif présente plusieurs caractéristiques qui le distinguent des entretiens directs et libres. Dans l'entretien semi-directif, les thématiques abordées sont définies par un ordre prédéterminé et qui peut varier selon la réactivité de l'interviewé. Néanmoins, l'intervieweur se repère par quelques points de passages obligés afin de s'orienter vers le but poursuivi. Les informations ont toujours été prises en compte et ont fait l'objet d'une étude a posteriori de leur pertinence. En somme, les entretiens semi-directifs ont un triple

intérêt pour la personne interrogée : lui permettre de s'exprimer librement sur ces expériences, ses raisonnements et ses convictions, être orientée selon en enchaînement logique de la thématique abordée et être comprise par l'intervieweur car les reformulations permettront le développement des propos et de mettre en valeur ses expériences et son point de vue.

3.2.3. Le choix de la population

La thématique de ce mémoire aborde une partie des missions du cadre de santé et des organisations quotidiennes de travail des équipes soignantes. Il a fallu cibler principalement dans la population de recherche des cadres de santé et des professionnels paramédicaux. De plus, pour recueillir des données empiriques précises et exploitables, il a été nécessaire de choisir une population ayant des connaissances sur le déploiement des dossiers de soins informatisés ou des enjeux de l'informatisation. Ainsi le contexte dans lequel évolue la personne interrogée a été essentiel à prendre en compte pour bien analyser ses compétences, ses rapports vis-à-vis de l'informatique et les organisations mises en place.

Ensuite, le fait que cette méthode inductive reste une recherche empirique de moyenne portée mais qu'elle doit aboutir à une théorisation exploitable et cohérente, il a été préférable d'enquêter sur plusieurs cas d'études. Ces cas d'études seront explicités ultérieurement dans ce mémoire.

Pour résumer ce chapitre, ce mémoire est basé sur une démarche qualitative et inductive. Il utilise la méthodologie de la théorisation ancrée. Ceci permet de recueillir les savoirs expérientiels des professionnels de santé et de les analyser pour les relier à des concepts théoriques.

Seule l'expérience compte.

4. Le DPI au cœur du système d'information en santé

En préambule de l'enquête exploratoire, il est nécessaire d'exposer le contexte dans lequel le personnel soignant exerce ses fonctions aujourd'hui et de comprendre en quoi le DPI fait partie intégrante du quotidien d'un établissement de santé.

4.1. L'évolution numérique du système de santé

Depuis plus d'un demi-siècle, notre société connaît une évolution fulgurante des progrès numériques relevant des domaines de l'électronique et de l'informatique. Ces dernières décennies, ce phénomène s'accroît dans le domaine de l'information avec le développement des Technologies de l'Information et de la Communication. Le déploiement des outils informatiques tels que les ordinateurs et les logiciels permettent le développement des prises en soins des patients et de la communication intra et extrahospitalière.

Les évolutions numériques dans le système de santé telles que les dossiers médicaux électroniques, la télémédecine, les applications mobiles pour la santé et la robotique médicale ont le potentiel d'améliorer la qualité des soins, de réduire les erreurs médicales, d'améliorer l'accessibilité des soins de santé et de réduire les coûts des soins de santé.

Pour Moisdon et Kletz (2021, p. 456), le numérique dans le secteur de la santé permet « *un large éventail d'innovations issues du terrain* », dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins en « *réinventant les formes de construction de la proximité : télé-expertise, déplacement d'équipes mobiles, évolution des rôles et des fonctions des professions de santé les plus proches des patients* », de réduire les points de rupture dans les parcours de soins entre l'hôpital et la ville et de répondre à des besoins non satisfaits en créant de nouvelles prestations de prévention de santé.

Le numérique s'est installé et se développe progressivement au sein de nos établissements de santé, d'une part par la dématérialisation et l'informatisation des outils de soins et l'abandon du support papier et d'autre part, par la création de plateformes en ligne et de logiciels incluant

les professionnels de santé mais aussi l'utilisateur qui est placé au centre du système de soins. De nos jours, le développement du numérique influe sur les réseaux de soins et les normes de communication car l'efficacité des prises en charge des patients résulte de l'interopérabilité des outils numériques.

4.2. Le développement du système d'information hospitalier

Le Système d'Information de l'Hôpital (SIH) est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2020 « comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien. ». Le développement du SIH est motivé par plusieurs enjeux majeurs pour les établissements de santé, notamment :

- La nécessité de fournir des soins de santé de qualité : il permet aux professionnels de la santé de prendre des décisions éclairées et de fournir des soins de qualité en fournissant un accès rapide et facile à des informations précises et à jour sur les patients.
- La gestion des dossiers de patients : il permet de stocker les dossiers médicaux des patients de manière électronique ce qui facilite l'accès aux informations et réduit les risques de perte ou d'endommagement des dossiers.
- La réduction des erreurs médicales : il peut aider à réduire les erreurs médicales en fournissant des alertes ou des rappels aux professionnels lorsqu'ils prescrivent des médicaments ou prennent des décisions.
- L'amélioration de l'efficacité et de la productivité : il contribue à améliorer l'efficacité et la productivité dans les établissements de santé en automatisant les tâches administratives, en réduisant les temps d'attente pour les patients et en permettant de travailler plus efficacement.
- La conformité réglementaire : il permet de suivre les réglementations en matière de protection de la vie privée et de sécurité des données médicales.

D'autre part, le SIH inclut depuis 2004 en France le Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) visant à calculer l'allocation budgétaire des établissements. Morquin et Ologeanu-Taddei (2018, p. 168) citent Lenay et Moisdon (2003) en expliquant que le PMSI et la cotation des actes constituent le « cœur du système de rémunération des hôpitaux par

l'Assurance maladie et le système d'information devient l'outil principal de gestion hospitalière ». De nos jours, cette part de traçabilité du soignant représente un élément indispensable pour le fonctionnement de l'organisation à laquelle il appartient.

4.3. Le dossier patient informatisé

La HAS définit le DPI en 2020 comme « le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit. ». Le DPI est un outil utilisé pour répondre aux exigences règlementaires et législatives de traçabilité des soins du personnel soignant. Ainsi, l'article R 4311-3 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de santé publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière mentionne que « dans le cadre de ce rôle propre, l'infirmier ou infirmière est chargé(e) de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ». Le dossier patient, dans lequel on retrouve le dossier de soins infirmiers, est aujourd'hui largement déployé sous sa forme informatisée dans les établissements de santé puisque selon l'Atlas des SIH de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de 2018 : « l'informatisation du Dossier Patient est bien engagée avec un taux de projets achevés ou en cours égal à 96% » sur le territoire français.

L'utilisation du numérique pour le dossier des patients présente de nombreuses spécificités. Pour Mayère, Bazet et Roux (2012, p.118), le DPI induit un prolongement des textes officiels sur les missions du soignant en contrôlant plus facilement la traçabilité, l'information donnée au patient sur toutes les décisions médicales de diagnostic et de prévention mais également les exigences en termes d'accès au patient à son dossier.

Pour Berbain, l'informatisation des unités de soins est d'abord une avancée pour la qualité de la prise en charge des patients et pour le système de santé. Informatiser une unité de soins, c'est comme « *un moyen de rationaliser la gestion des informations de toute nature concernant la prise en charge hospitalière d'un patient. L'enjeu est de réduire les coûts associés à cette gestion pour " redéployer ses dépenses vers l'amélioration des techniques de soins "* » (2001, p. 85). Les parcours de soins, le partage d'informations et la facturation sont optimisés depuis l'avènement de l'informatique.

4.4. La démarche de projet informatique

L'utilisation de l'informatique au sein des établissements de santé a suscité des modifications d'organisation pour apprendre à manipuler un nouvel outil. Les professionnels de la santé ont perçu une certaine transformation de leurs pratiques et la démarche d'accompagnement par un projet de changement était essentielle.

Tout d'abord, le fait d'utiliser l'informatique pour suivre des données physiques induit une adaptation de la représentation du métier de soignant. Morquin et Ologeanu-Taddei appuient cette notion en indiquant que « *L'implémentation d'un programme informatique [...] induit nécessairement une transformation : celle-ci est fonction de « l'homme derrière la machine »* » (2018, p. 170). Un des enjeux des fédérateurs de projet d'informatisation est de faire comprendre aux futurs utilisateurs que l'informatique n'est qu'un outil, qu'un prolongement de leur réflexivité et de leurs compétences techniques.

Ensuite, l'informatisation des outils de soins constitue un projet complexe et multifactoriel pour une organisation. Cela nécessite de préparer et d'engager un changement des pratiques pour l'ensemble des participants à la prise en charge des patients. Par sa nature, la technologie peut être coercitive ou habilitante selon Morquin et Ologeanu-Taddei (2018, p ; 171). Ils citent Adler et Bory (1996) et Perrow 1983) en expliquant qu'elle est conçue « *pour automatiser les décisions et réduire la marge de manœuvre de l'utilisateur* », ou « *donnant à l'utilisateur la possibilité de corriger les erreurs et de l'adapter à son processus de travail, l'utilisateur est "une source de compétences et d'intelligence"* ». Cette distinction est fondamentale dans l'implémentation du DPI et dans son évolution pour l'équipe en charge du projet et les équipes soignantes. C'est-à-dire que l'enjeu de la réussite d'un projet d'informatisation sera de concevoir un outil mêlant une rationalisation des processus pour sécuriser les utilisateurs soignants afin de correspondre à la réglementation en vigueur et une capacité à s'adapter et à évoluer pour répondre aux besoins et aux pratiques des différents services de soins. Réussir un projet informatique dans le domaine sanitaire n'est donc pas chose aisée. Certains projets se sont soldés par un échec. Bernoux et Gagnon résument les causes les plus fréquentes pour expliquer ces échecs (2008, p.51) qui sont une mauvaise planification du projet, une inadéquation entre la technologie et les besoins et le manque de soutien de la direction de l'organisation.

De plus en plus, le principal défi identifié dans la réalisation de projets de changement informatique est de gérer la transformation nécessaire de l'organisation, de sa capacité à changer intrinsèquement (Bernier, Bareil et Rondeau, 2003). Pour conduire et réussir le projet de changement, le facteur principal est d'inclure les soignants dans le projet afin qu'ils en soient les acteurs au même titre que les concepteurs informaticiens. Pour Moisdon, il est primordial d'accompagner les soignants dans cette démarche projet avant, pendant et après le déploiement d'un DPI : « *Ce sont des acteurs en chair et en os, agissant dans le cadre de leurs contraintes et de leurs logiques professionnelles, qui peuvent, ou non, opérer ce type de transformation, et là aussi, comme sur le déploiement, un accompagnement se révèle le plus souvent indispensable* » (2018, p. 22).

4.5. L'usage du DPI

Le personnel soignant a commencé à utiliser le DPI depuis une vingtaine d'année. Les usages du DPI et la perception de l'informatique des professionnels de santé diffèrent selon les établissements de santé, le contexte d'implantation et les capacités logicielles d'évolution.

Pour Morquin et Ologeanu-Taddei, le bilan de l'usage du DPI est mitigé. L'usage incomplet du DPI ou sa non-appropriation peut être expliqué par « *la formalisation coercitive induite par la technologie et favorisée par la convergence du système d'information de production clinique et du système d'information support de la gestion hospitalière.* » (2018 p.165). Mais ils indiquent surtout que le bon usage du DPI de façon pérenne dépend de la volonté des équipes à le faire évoluer : « *la priorisation du paramétrage, par exemple des interfaces de saisie et de visualisation des informations, des développements spécifiques ou de l'intégration de nouvelles fonctionnalités, la mise à jour de version ou encore d'interfaces avec d'autres logiciels satellites non intégrés, constitue donc un enjeu extrêmement fort susceptible de modifier considérablement le fonctionnement du DPI pour les utilisateurs et donc leurs perceptions et leurs usages* » (2018, p. 179). L'usage du DPI dépend donc des propriétés d'adaptation du logiciel mais aussi du degré de rationalisation décidé par l'organisation hospitalière.

Berbain (2001) met en avant le poids de l'apprentissage pour les outils informatiques afin qu'ils ne soient pas une « barrière » à la prise en charge des patients. Il met en exergue quelques conséquences de l'utilisation d'un outil informatisé pour les soignants :

- Une évolution des pratiques de travail existantes : l'informatique rationalise, de surcroît il modifie obligatoirement les organisations de travail. Les professionnels sont amenés à modifier leurs pratiques antérieures.
- Une méconnaissance instrumentale : la formation à l'informatique est parfois insuffisante pour les soignants et implique une lenteur dans l'utilisation de l'outil.
- Une alternance de l'utilisation des outils informatiques et papiers impliquant un mode de raisonnement différent.
- Un apprentissage organisationnel : le processus d'informatisation devient le moyen d'acquérir de nouvelles connaissances sur l'organisation du travail. L'information est disponible, plus proche des soignants.
- Des potentialités inexploitées : l'informatique permet parfois d'apporter des améliorations aux conditions et aux organisations de travail mais le « *manque de réflexion des acteurs autour des usages de l'informatique* » (2001, p. 99) aboutit à une utilisation inadaptée ou partielle de l'outil.

Moison (2018, p. 13) décrit explicitement deux usages du DPI, le caractérisant en « *outil de conformation* » et en « *outil d'exploration* » variables en fonction des lieux d'exercice professionnel, de la gestion du projet d'informatisation de l'établissement de santé et des interactions sociales des individus. Le premier usage ne modifie pas substantiellement les routines existantes. Dans ce cas, le DPI renvoie à l'image d'une constatation de résilience du système organisationnel antérieur. Le DPI est imposé par les tutelles, il facilite et rationalise les processus de travail mais les utilisateurs ne cherchent pas à transformer l'organisation hospitalière existante. Pour le second usage, l'outil devient générateur d'apprentissage collectif en permettant l'exploration de nouvelles possibilités. Dans ce cas, les professionnels de santé s'approprient le DPI dans leur organisation de travail. Il peut être le fer de lance pour inventer de nouvelles possibilités comme de nouvelles pratiques de formation ou de recherche, de nouveaux indicateurs d'évaluation ou encore de nouvelles modalités de dialogue avec les patients.

Enfin, Berbain (2001) cite Moison et Tonneau (1999) en indiquant que les usages de l'informatique « d'exploration » peuvent aboutir à des améliorations des organisations par le fait que les acteurs saisissent cette opportunité en intégrant la dimension collective à ces

pratiques. Mais ces opportunités sont limitées par les moyens institutionnels de développer un apprentissage collectif et la rationalisation des processus informatiques retraçant les parcours de soins. Dans la plupart des cas, cet apprentissage collectif des outils reste limité au service de soins en question, cela améliore uniquement les conditions de travail quotidiennes des acteurs concernés par cet apprentissage.

Le DPI fait donc partie intégrante d'un système de santé en constante évolution numérique. Intrinsèquement, l'évolution des organisations soignantes et des pratiques est en corrélation avec l'évolution du DPI. La transformation des pratiques signifie de surcroît la transformation des outils nécessaires à leur réalisation.

Un des enjeux managériaux sera d'impulser une dynamique de transformation et d'accompagner les équipes à cette évolution numérique comme le décrit le rapport de la transformation des métiers dans le cadre de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et de la préparation à la loi Ma Santé 2022, produit en 2018 par Rousseau : « Faire de la compétence managériale le socle de la fonction de cadre de santé pour qu'il puisse fédérer son équipe autour d'objectifs et de rôles clairs pour chacun, assurer l'accompagnement et le soutien aux équipes, veiller au développement des compétences des agents, veiller à la disponibilité pour les patients et les familles, impulser et conduire des projets » (2018, p.14).

Cette recherche contextuelle a permis de mettre en évidence que l'informatisation des outils de traçabilité des soins évoque des projets complexes pour les établissements de santé. Cela nécessite une transformation des pratiques et une gestion constante des organisations. Ainsi, le défi principal pour réussir un projet de changement informatique est d'inclure les soignants dans le projet et de les accompagner tout au long du processus. Les niveaux d'usages du DPI diffèrent selon les établissements de santé, du contexte d'implantation, du degré de rationalisation décidé par l'organisation hospitalière et des capacités logicielles d'évolution.

Cependant, y-a-t-il d'autres facteurs qui influencent les niveaux d'utilisation du DPI ?

Il est nécessaire de consolider ces résultats et d'explorer d'autres pistes de réflexion à l'aide de données recueillies dans le cadre d'une enquête sur le terrain.

5. Première série d'entretiens

Pour consolider cette première partie de la recherche et explorer les thématiques rencontrées dans le constat, j'ai débuté la démarche d'enquête de terrain par une première série d'entretiens, à savoir trois entretiens de professionnels.

5.1. Population

Pour cette série d'entretiens, j'ai souhaité commencer à interviewer des professionnels ayant une expérience dans l'informatisation des établissements de santé, des connaissances en déploiement des dossiers de soins informatisés et de la méthodologie projet. Cela m'a permis d'avoir une vision macroscopique de la thématique du mémoire grâce aux parcours professionnels des personnes et de leurs savoirs expérientiels.

J'ai d'abord songé à auditer au moins un responsable de Système d'Information Hospitalier et un cadre de santé ayant une expertise ou une expérience en participation d'un projet d'informatisation des services de soins. J'ai contacté un directeur SIH ; puis l'un de mes anciens collaborateurs m'a orienté vers un chef de projet DPI et un cadre supérieur de santé avec une expérience en déploiement et accompagnement DPI.

5.2. Le guide d'entretien

Pour cette première série d'entretiens, il s'agit de construire un guide d'entretien proposant des questions semi-directives² adaptées à toutes les spécificités des parcours et des missions des professionnels. J'ai élaboré cinq questions répondant aux principes suivants :

- Respect d'un contexte du sujet macro-méso-micro.

² Cf annexe N°2 : Guide d'entretien série N°1

- Développement des principales thématiques du mémoire.
- Exploration du postulat de départ.
- Orientation vers des débuts d'hypothèses de réponses au questionnement de départ.

5.3. Analyse de contenu

5.3.1. Entretien avec un directeur du SIH

L'interviewé est directeur du système d'information dans un CHU et chef de projet autour de l'utilisation des outils numériques sur un GHT.

Il a apporté sa vision globale du système de santé et des projets entourant son évolution. Son approche systémique a contribué à poser le cadre contextuel de l'objet de mes recherches. Ses connaissances et ses expériences ont permis d'exposer certaines théories et applications du management dans un projet d'informatisation des outils de soins et de changement des pratiques. Cette perception Macro était une initiation à l'enquête empirique mais elle nécessite d'être explorée plus en profondeur.

Le virage numérique du système de santé

L'interviewé a indiqué que notre système de santé s'est transformé au cours des dernières décennies avec l'essor du numérique dans le système d'information. Cela a été progressif et s'est accentué avec le système de tarification à l'activité. Aujourd'hui le numérique est partout dans le domaine de la santé.

L'interviewé a mentionné que le système d'information informatisé est innovant, qu'il permet d'améliorer les prises en charges médicales. Il est donc un outil aidant à la performance des organisations des systèmes de santé. Le système d'information est d'abord une aide diagnostique et il permet également de rationaliser les prises en charge des personnes en besoin de santé. Le numérique est partout dans les établissements de santé. Il permet de « *mieux soigner, mieux accompagner et ne pas éloigner* » (l. 68). Par ailleurs, l'outil informatique est donc ancré dans le quotidien des organisations soignantes. Il serait donc à considérer comme

un outil de soins à part entière, tel un matériel médical stérile ou d'éducation thérapeutique : « *le projet d'informatisation est à porter comme un projet de soins, un projet de transformation de nos pratiques* » (l. 81).

L'appropriation du numérique par les équipes soignantes

Dès le début de l'entretien, l'interviewé a indiqué le fait que l'appropriation des outils informatiques dans le domaine de la santé est historiquement évolutive.

L'acteur de soins a vu ses pratiques de soins et de traçabilité modifiées par la standardisation induite par le système d'information informatique. Au commencement, cette évolution innovante et mal connue était perçue comme une sorte de menace, d'obstacle supplémentaire dans la prise en soins des patients. Aujourd'hui, les années et l'intégration du numérique dans le quotidien ont permis d'aboutir à une intégration plus naturelle dans les organisations de soins. L'interviewé a résumé cette analyse historique par « *le système d'information était perçu comme un système amenant de plus en plus de contraintes. Alors qu'aujourd'hui, le système d'information numérique est embrassé par les établissements de santé* » (l. 56). Toute évolution de l'outil de soins informatisé est donc l'objet d'une transformation des pratiques, comme un protocole de soins, qui nécessite la participation d'acteurs de soins et d'experts techniques paramétrant la solution « *l'objectif est de réussir à emporter le collectif médico-soignant dans un projet de transformation organisationnel* » (l. 85).

Dans la gestion d'un projet d'évolution des outils de soins informatisés, la notion de traduction de l'information est récurrente durant l'entretien. L'interviewé a mis l'accent sur l'importance d'avoir des ressources humaines « traductrices » qui font le lien entre l'équipe informatique ou la société conceptualisant la solution informatisée et les équipes soignantes. Ce lien fonctionnel permet aux acteurs de comprendre les enjeux et les modalités des modifications à mettre en place. Un réseau de référents, d'experts, se crée dans cette méthodologie de projet « *vous avez une communauté de productivité, qu'on élargit en communauté de référents et vous élargissez en sollicitant des personnes qui viennent participer au projet et aux débats [...] et donc s'approprier, participer à la transformation* » (l. 110). Enfin, les « traducteurs » doivent être pour l'interviewé des personnes du domaine de la santé. Ce sont ces personnes qui comprennent les enjeux, les intérêts et les modalités de l'informatisation des outils de soins : « *c'est parce que les médecins, les soignants participent, que les autres médecins et soignants y croient et qu'ils s'inscrivent dans un projet de transformation* » (l. 115).

La conduite du changement

Durant la deuxième moitié de l'entretien, l'essentiel des informations transmises par l'interviewé a concerné des recommandations en lien avec des situations vécues autour de la conduite au changement pour une équipe projet et pour les équipes soignantes.

J'ai remarqué l'importance de l'étape démarrage du projet et de l'adhésion des équipes à ce moment du projet. Les objectifs doivent être clairs : « *le démarrage du projet et l'adhésion du collectif est une étape essentielle, le collectif doit adhérer au projet et à ce qu'il a comme perspective* » (l. 134). Dans un projet d'informatisation des soins, des périodes de rejet du projet sont fréquemment perçus et décrits. L'interviewé m'a indiqué être habitué à ses situations. Il a évoqué que le rejet partiel du projet à l'instant T est souvent causé par une orientation stratégique qui n'est plus perçue comme optimale ou qui nécessite d'être modifiée : « *Le rejet quand il arrive, ce n'est pas une perte d'adhésion, c'est plutôt une trajectoire qui n'est pas la bonne* » (l. 140).

La cause de la résistance au changement est décrite par l'interviewé comme un sentiment de déni face à la possibilité de modifications des pratiques au quotidien : « *il arrive que certaines personnes croient que le changement ne va pas bien se passer, même si elles participent au projet. Et là elles résistent : "je ne veux pas y aller, cela ne va pas marcher, ça ne va pas le faire"* » (l. 158).

Par ailleurs, les étapes du projet et l'énonciation de la temporalité doivent également être comprises par chaque acteur. En effet, un objectif atteignable en termes de moyens et de temps permet d'adhérer plus facilement au projet et au changement. Selon l'interviewé, l'urgence de changer modifie le concept de résistance au changement : « *la notion d'urgence impacte la résistance, que ce soit dans les équipes de soins et au niveau de la direction de l'établissement. Quand on est tendu au niveau du timing et qu'il faut changer, on se débarrasse plus facilement du poids de ce que représente le changement* » (l. 168). J'ai relevé un relatif paradoxe énoncé par l'interviewé entre la résistance au changement induite par un objectif temps difficilement atteignable, qui peut être perçu comme une peur de l'échec, et le fait qu'un projet défini comme urgent à mettre en place peut diminuer la résistance de ce changement. L'impériosité fonctionnelle du changement serait un facteur d'engagement des équipes ?

5.3.2. Entretien avec un cadre supérieur de santé

La cadre supérieure de santé a plusieurs expériences en déploiement de DPI et en projets d'informatisation des transmissions infirmières. Elle a pu me partager ses expériences lors de l'entretien.

L'accompagnement des évolutions du dossier de soins informatisé

L'interviewée a décrit trois éléments principaux, selon elle, dans l'accompagnement à l'évolution des outils de soins informatisés : la formation, le rôle du référent qui traduit les informations techniques et qui accompagne le changement et les actions de communication du cadre de proximité.

1 - La formation

Tout d'abord, la formation est une étape importante dans l'accompagnement au changement des pratiques.

L'interviewée a mentionné fréquemment la formation du personnel soignant durant l'entretien. La formation à l'outil informatique, que ce soit une formation initiale ou de rappel, est indispensable, selon elle, pour adhérer à l'outil et l'utiliser correctement. Lors de son parcours professionnel, l'interviewée a été amenée à collaborer avec des formateurs à l'utilisation du DPI et a enseigné elle-même ces formations. Elle a indiqué que des formations au DPI sont à effectuer lors d'un changement de solution en formation initiale pour les nouveaux arrivants ou en formation complémentaire pour les agents expérimentés. La formation au DPI est aussi importante que la formation au soin en elle-même dans le but de transmettre des informations claires et précises concernant le patient.

S'il n'y a pas de formation dispensée à l'utilisateur, cela peut générer de l'anxiété vis-à-vis de l'outil et un sentiment de non-appartenance : « *il y a des gens qui ont eu du mal à s'y mettre parce qu'ils n'ont pas du tout été formés à cela* » (l. 81). On pourrait donc en conclure que la formation à l'utilisation du dossier de soins informatisé serait l'une des composantes à l'adhésion de celui-ci.

Selon l'interviewée, l'existence d'un référent DPI dans le service permet de guider le soignant dans l'utilisation du DPI. Il complète en quelque sorte la formation initiale au DPI par une formation sur le terrain pratico-pratique. Elle a mis en exergue ce rôle de formateur continu en donnant un contre-exemple : « *si on lance juste une formation, puis après, entre guillemets "débrouillez-vous", on risque d'avoir des gens qui "n'y vont pas" ou de perdre encore à nouveau des informations* » (l. 142).

2- Le référent traducteur

La cadre supérieure de santé a expliqué que pour réussir un déploiement de DPI et poursuivre son utilisation optimale au quotidien, cela nécessite un ou plusieurs référents dans chaque équipe. Ce référent est le maillon qui fait le lien entre l'équipe informatique et les équipes soignantes, il sert d'intermédiaire. Ce référent peut être un soignant de l'équipe et/ou le cadre de santé. Il peut « *regarder aussi les éléments qui lui sont bloquants et pouvoir faire des retours réguliers* » (l. 140), et donc être à l'origine des demandes d'évolution de l'outil informatique.

L'interviewée a mis le rôle du traducteur de l'information au centre des clés du succès des projets d'informatisation. Dans des exemples cités, elle a indiqué que l'équipe informatique doit contenir une équipe fonctionnelle issue du milieu soignant, soit un cadre de santé et un infirmier, qui comprend les besoins des équipes, les modalités des projets informatiques et les langages employés. Ainsi, la hiérarchie idéale de la communication citée dans l'entretien est la suivante :

L'équipe informatique → l'équipe fonctionnelle de l'équipe informatique → les référents des services de soins (le cadre de santé et/ou le soignant volontaire) → l'équipe soignante

Par ailleurs, l'interviewée a indiqué qu'il était nécessaire pour l'harmonisation des pratiques de saisie informatique d'un établissement d'avoir une ressource cadre de santé qui centralise les demandes d'évolution des outils informatiques. En effet, ses connaissances des métiers de la santé, de la législation en vigueur dans les établissements de santé, des règles de fonctionnement quant à la protection des données des patients et du logiciel utilisé font du cadre de santé l'intermédiaire légitime pour traduire les demandes faites par les équipes en langage informatique, juger de la légitimité et de la faisabilité des demandes et classer les priorités des

demandes. Ainsi, « *toutes les demandes transitaient par lui avant d'être formatées par le service informatique* » (l. 148).

D'autre part, l'interviewée a mis l'accent sur la nécessité de la formation au DPI pour les cadres de santé. Dans ses missions de contrôle et de garantie de la qualité de soins, ils ont un rapport privilégié avec l'informatique et le DPI car l'informatique permet de vérifier aisément la traçabilité des soins effectués et du raisonnement clinique des soignants. L'interviewée a indiqué que l'informatique est au cœur des organisations du service et du management des équipes « *ils doivent vraiment utiliser le DPI comme un outil de management* » (l. 183).

3 - La communication du cadre de proximité

Le rôle de communication du cadre de santé a été régulièrement mentionné dans l'entretien. L'interviewée a indiqué que le cadre et l'équipe informatique doivent fixer conjointement les objectifs et les bénéfices de l'informatisation des dossiers de soins. Pour le cadre de santé, il s'agit de communiquer régulièrement avec ses équipes sur les objectifs et de répondre aux questions ou aux attentes. Le rôle de proximité est important car l'interviewée a indiqué que certains éléments de communication sont à prendre en compte pour s'assurer que le récepteur ait compris et retenu l'information, comme la répétition de certaines données, mais aussi l'analyse du moment et la forme de la communication : « *C'est à dire que parfois, on a l'impression d'avoir dit quelque chose. Mais les personnes ne sont pas dans l'écoute même si c'est une réunion de service* » (l. 156). La communication évoquée lors de l'entretien est transversale : le cadre est le relai de ses équipes avec le corps médical et les acteurs transversaux. Un DPI est un outil pour tous, le construire et le faire vivre est donc un travail collaboratif pluridisciplinaire.

Par ailleurs, l'interviewée a évoqué l'accompagnement du cadre de santé auprès de ses équipes dans la qualité de la saisie des informations dans le DPI. Elle a signalé que le temps de transmissions inter-postes est primordial pour cet accompagnement. Durant ce temps d'échange, le cadre de santé peut analyser les situations cliniques réelles des patients, ce qui est retranscrit informatiquement et les écarts relatifs induits : « *on prend un PC, on lit ce qui est écrit et on écoute ce qui est dit et là on dit : "oui mais cette information, je ne la retrouve pas dans le dossier, qu'est-ce qui se passe ? pourquoi ça n'a pas été noté ?"* » (l. 189). D'après l'interviewée, cela permet de s'auto évaluer sur les pratiques de saisie informatique et de

rappeler l'importance de la retranscription du raisonnement clinique médical et infirmier. On peut en conclure qu'un des rôles du cadre de proximité dans l'accompagnement de ses équipes pour l'utilisation du DPI est de s'assurer de la continuité de la transmission du raisonnement clinique.

L'accompagnement de proximité

L'interviewée a mentionné l'accompagnement qu'il a fallu faire auprès de personnes qui étaient très « *hermétiques* » à l'outil. Par l'exemple de professionnels ayant des problématiques de relation à l'écriture, comme la dyslexie ou le manque de connaissances orthographiques, elle a décrit la peur du jugement de ne pas aller oser écrire, « *de "se moquer" de leur façon d'écrire* » (l. 225). En effet, la facilité de lecture des données saisies qu'offre l'informatique modifie le rapport à la rédaction et met en évidence la responsabilité qui est engagée pour chaque professionnel « *on peut mettre en difficulté parfois de très bons aides-soignants qui à l'oral vont très bien faire les transmissions mais qui ne vont pas oser aller écrire* » (l. 223).

Enfin, l'interviewée a évoqué l'accompagnement effectué auprès des personnes réticentes au changement des outils informatisés. Elle a renvoyé à la notion de responsabilité du soignant lorsque les éléments ne sont pas tracés dans le DPI et a pris des exemples de traçabilité déjà effectuée dans d'autres outils informatisés pour mettre en valeur le collaborateur. Elle a rappelé, pour conclure, l'importance du rôle subtil du cadre de santé dans la connaissance de ses équipes grâce à la connaissance des personnalités de chacun et du contexte socio professionnel : « *comprendre ce qui bloque et pouvoir revoir avec eux, ça c'est de l'ordre du cadre de proximité* » (l. 235).

5.3.3. Entretien avec un chef de projet DPI

Cet entretien est celui qui m'a paru le plus riche des trois entretiens. L'expérience et le discours convaincant de l'interviewée ont apporté un nombre important de notions à retenir pour mes recherches. De plus, les données récoltées par l'interviewée hors centre hospitalier m'ont permis de croiser les expériences vécues des soignants dans des structures sanitaires variées. La détermination de l'interrogée à accompagner les soignants sur le terrain pour

atteindre les objectifs des projets d'informatisation a donné une dimension sincère et directive à l'entretien.

L'accompagnement des évolutions du dossier de soins informatisé

La cheffe de projet possède une grande expérience en déploiement de DPI. Selon elle, pour réussir un déploiement et le maintien des bonnes pratiques, il faut tout d'abord un accompagnement des équipes basé sur la **co-construction** de l'outil, la présence de **traducteurs des informations**, **l'implication du cadre de santé** et une **formation** adaptée.

En préambule de l'analyse réflexive, l'interrogée a indiqué que le numérique est un révélateur des différences des organisations dans les établissements de santé : « *depuis 20 ans, dans chaque déploiement que j'ai fait, le constat de l'existant pointe les problèmes organisationnels* » (l. 246). Selon elle, les projets numériques ont pour but d'aider à la performance des organisations en uniformisant les pratiques et en aidant au raisonnement clinique médical. Les outils informatisés de soins seraient le fruit d'une préparation et d'une construction commune pour tendre à l'amélioration des pratiques.

La co-construction du DPI

L'interviewée possède une expérience de 20 ans en tant que membre fonctionnel d'une équipe informatique. Elle accorde une importance capitale au fait d'accompagner les équipes sur le terrain pour un projet de déploiement d'un DPI ou d'une demande d'évolution. La co-construction d'un outil qui sera en finalité un outil de soins pour une équipe soignante est, pour elle, l'argument principal pour son adhésion à court et à long terme. Elle a évoqué à de nombreuses reprises le fait de « *travailler avec les soignants sur les pratiques* » (l. 56) sur le terrain. Son rôle est de construire un outil performant et adapté avec le soignant pour qu'il puisse l'intégrer au quotidien dans son organisation « *Un soignant reste un soignant et son rôle principal est de s'occuper d'un humain et pas d'un ordinateur* » (l. 61). Pour l'interrogée, le fait de co-construire un DPI permet au soignant d'être acteur de son outil de travail dans son service de soins : « *impliquer le personnel pour qu'il se sente moteur et qu'il prenne vraiment l'outil en main* » (l. 64).

Durant l'entretien, l'interviewée a exposé un exemple de succès d'informatisation d'un dossier de soins concernant un plateau de consultation. Dans ce cas d'étude, l'équipe

fonctionnelle informatique a fortement basé le projet de passage d'un dossier de prise de rendez-vous à un autre sur la co-construction. L'interrogée a expliqué les étapes du projet à savoir d'expliquer les objectifs et les bénéfices du projet, de construire les besoins par groupes de travail avec des référents par spécialité, de paramétrer ses besoins et de former le personnel : « *Une fois que l'on leur avait expliqué tout ce cheminement, ils ont monté des groupes de travail [...] tout a été refait et l'ensemble des soignants a complètement adhéré : ils ont trouvé du plus, moins de clics, une prise de Rendez-Vous correspondant à leurs pratiques* » (l. 102), « *On faisait et de la formation et du paramétrage car on reprenait toutes les demandes du début et qu'on réajustait en fonction des besoins* » (l. 117). L'accompagnement dans ce service était donc basé sur la communication et la volonté d'adapter les besoins aux pratiques. Cela a nécessité des allers-retours entre la formation des utilisateurs et les modifications de paramétrage ; l'adhésion de l'équipe n'en a été que plus forte.

En cas de difficulté d'adhésion au projet d'informatisation d'un service de soins pour certains acteurs, l'accompagnement sur le terrain avant, pendant et après le déploiement est l'une des solutions à cette problématique. L'interrogée a évoqué ce fait en fin d'entretien : « *cela s'est amélioré car nous faisons des passages de contrôle [...] On allait régulièrement sur le terrain pour suivre les utilisateurs et si cela allait mieux* » (l. 229). Le moment propice à l'accompagnement évoqué est celui des transmissions inter postes.

À l'échelle d'un établissement de santé, l'interviewée a indiqué qu'une des clés du succès d'informatisation des services de soins est l'harmonisation des pratiques. D'après son expérience, elle assure qu'utiliser un DPI rationalisé dans ses plans de soins, ses procédures et ses processus de saisie permet une adhésion et une maintenance plus aisée. Elle a indiqué en exemple « *la prise de tension et température c'est la même façon de faire donc la saisie doit correspondre pour tout le monde ; des personnes peuvent dire "moi je veux là, toi tu veux là", non, on harmonise* » (l. 69).

La traduction des informations

Pour la cheffe de projet, les stratégies autour de l'accompagnement des équipes par des référents de terrain sont essentielles. N'ayant aucune formation initiale dans le milieu de la santé, elle s'est appuyée sur ses collaborateurs infirmiers de l'équipe fonctionnelle pour comprendre les logiques de prise en charge, les besoins et les enjeux de soins du soignant. Son rôle fonctionnel nécessite une faculté à comprendre le langage de chaque branche

professionnelle et à faire le lien entre l'équipe informatique et les équipes de soins « *un mot informatique ne correspond pas forcément à la définition qu'un utilisateur peut avoir, et encore moins un soignant [...] donc elle m'a appris le langage utilisateur soignant et à comprendre la notion de l'urgence qu'a un utilisateur dans un service par rapport à un informaticien* » (l. 145). Ce rôle de traducteur des informations techniques informatiques et médicales nécessitait donc une communication quotidienne avec les utilisateurs : « *On allait énormément sur le terrain à discuter avec les gens* » (l. 134). L'interviewée a défini la mission d'un référent informatique fonctionnel comme étant la traduction des informations et l'importance de l'accompagnement dans les services de soins : « *la place d'un fonctionnel n'est pas derrière un bureau, la place d'un fonctionnel est sur le terrain à discuter avec les gens* » (l. 153).

L'implication du cadre de santé

Le positionnement du cadre de santé a été un sujet récurrent durant l'entretien. L'interrogée a déclaré que le cadre est le pivot des relations soignantes ; son implication et son expertise est donc un facteur essentiel pour l'adhésion des soignants à leurs outils de traçabilité informatisé. Au cœur des organisations, le cadre est le point d'amorçage aux projets de service : « *Si nous n'avons pas de lien avec le cadre, on n'arrivera pas à atteindre les équipes. Le cadre c'est vraiment la jonction entre nous et les soignants* » (l. 161). On retrouve le schéma de communication évoqué lors des entretiens précédents :

Équipe informatique → l'équipe fonctionnelle de l'équipe informatique → les référents des services de soins (le cadre de santé et/ou le soignant volontaire) → l'équipe soignante

La cheffe de projet a mentionné un autre rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes, celui d'utilisateur expert du DPI. Pour aider et accompagner son équipe, elle indique qu'« *il faut que le cadre soit en possibilité de pouvoir répondre aux équipes, même s'il n'utilise pas le DPI tous les jours [...] pour moi, il faut que le cadre ait un niveau supérieur d'information par rapport à ses équipes pour qu'il puisse faire le relai entre l'informatique et les besoins du terrain* » (l. 162). La maîtrise de l'outil informatique permettrait au cadre de santé de gérer l'activité de soins de son secteur et de contrôler la qualité des soins prodigués ainsi que la traçabilité des actions et des raisonnements. L'interrogée a donné pour exemple : « *un étudiant doit rentrer une température et il est bloqué ; le cadre peut avoir la capacité de dire « tu cliques là et là »* » (l. 165). Je peux en conclure que le DPI doit être approprié par le cadre de santé lui-même avant toute appropriation par son équipe.

La formation

Pour mener à bien un projet d'informatisation des outils de soins et leur utilisation au long cours, l'interviewée a développé à plusieurs reprises durant l'entretien l'intérêt de la formation. Tout d'abord, elle a indiqué que cette étape est indispensable pour l'adhésion à l'outil et elle a même prôné le fait de former au plus près des utilisateurs sur leur lieu de travail : « *on a fait le choix d'aller sur site, en plein milieu du plateau de consultation* » (l. 105). Cela permet de s'adapter aux besoins des utilisateurs selon leur lieu d'exercice et de renforcer le sentiment d'appartenance au projet pour l'équipe de soins et l'équipe fonctionnelle. Avant toute formation au futur logiciel à utiliser, l'interrogée a indiqué qu'il fallait s'assurer des compétences numériques basiques pour chaque soignant. Elle a mis l'accent sur les générations avancées pour qui l'utilisation d'un ordinateur n'est ni innée, ni pratiquée. La nécessité d'une formation aux bases de l'informatique est donc un préambule à l'utilisation de logiciels de soins.

Pour conclure cette partie, l'interviewée a indiqué que les personnes les plus en difficulté avec l'informatique seraient par la suite des personnes ressources pour les collaborateurs grâce à un accompagnement accru : « *ce sont ces personnes-là qui vont former les jeunes parce qu'elles ont été plus attentives, plus coopératives, parce qu'elles ont eu un accompagnement plus « cocooné » pour les aider à vouloir utiliser l'outil informatique et donc c'est elles qui prennent le relai et qui sont meilleures* » (l. 260). Les professionnels les plus âgés seraient donc les principaux référents au DPI dans les services de soins.

La résistance au changement

En seconde partie de l'entretien, le concept de résistance au changement a été évoqué lorsque des exemples de difficultés d'adhésion à l'outil informatique sont abordés. L'interviewée a exposé un déploiement de DPI dans un EHPAD où une partie du personnel soignant émettait une formation de résistance à l'arrivée d'un nouvel outil informatique. Elle a évoqué un contexte socio-professionnel en défaveur de tout projet : « *refus d'utiliser l'informatique parce qu'il y avait beaucoup d'absentéisme, que c'était compliqué de saisir car c'était long* » (l. 184). Les difficultés de ressources humaines et comportementales avaient un impact négatif sur la cohésion d'équipe. Je peux en conclure logiquement qu'un contexte social défavorable est un frein à l'implication de chacun dans un projet de changement. De plus, dans l'exemple cité, les professionnels étaient dans un contexte hiérarchique instable : « *il y avait un*

enchaînement de cadre qui ne restaient pas. Les médecins n'avaient aucun poids sur les soignants » (l. 209). Ainsi, sans autorité décisionnelle hiérarchique et fonctionnelle, la désorganisation de service peut créer une stagnation de l'avancement des projets et un sentiment de non-appartenance de chaque acteur.

L'interviewée a donc rencontré au cours de ses expériences professionnelles des personnes réfractaires au changement d'outil informatique. Elle a indiqué que si une personne ne veut vraiment pas adhérer au changement, c'est à cette même personne de déclencher un processus d'adhésion : « *s'ils ne veulent pas le faire, ils ne le feront pas, on ne pourra pas les forcer, et cela dans tous les domaines je pense* » (l. 215). L'interrogée a rappelé le principe de responsabilité professionnelle requis pour exercer dans le cadre de la traçabilité des soins : « *s'il n'y a pas de traçabilité et que la famille porte plainte, vous êtes responsables* » (l. 189). Elle a cité à plusieurs reprises la phrase type « *pas tracé, pas fait* » (l. 194). Ce rapport à la responsabilité est peut-être un facteur favorisant l'adaptation forcée au changement de l'individu. Il peut également être à double tranchant c'est-à-dire que l'informatique peut freiner l'utilisateur à tracer car il engagerait davantage ses responsabilités : « *les anciennes ne voulaient pas utiliser le DPI pour ne pas être pointé du doigt* » (l. 206). L'objectif de l'accompagnement global au changement des outils de traçabilité est, selon l'interviewée, de trouver le juste milieu entre le « tout tracer » et l'absence de traçabilité en mobilisant les facultés de raisonnement clinique des soignants.

Enfin, on peut s'interroger sur le public considéré comme le plus résistant au changement. Durant l'entretien, un débat entre l'interviewée et les deux chargés de missions présents est survenu à propos de l'âge et de l'expérience des réticents à l'informatique. La chargée de mission 1 a déclaré que pour « *les anciennes : "cela va changer, cela va être compliqué mais cela va le faire" ; elles ont connu la transition du papier vers l'informatique, là elles vont faire une deuxième migration vers un nouveau DPI. Alors que les nouvelles qui n'ont connu que le logiciel actuel, elles étaient plus fermées, plus négatives sur le changement, la nouveauté, travailler autrement* » (l. 266). Le chargé de mission 2 a indiqué que ce sont les personnes plus jeunes qui sont favorables au changement et qui sont ressources pour les plus expérimentés. L'interrogée principale a confirmé les propos de la chargée de mission 1 : « *les nouveaux arrivent directement sur l'outil informatique, le changement cela les ennuie un peu plus. Les anciens sont plus flexibles, ils ont plus de recul et d'expérience* » (l. 286). Les nouveaux professionnels seraient donc moins expérimentés au changement et manifesteraient donc plus de craintes à l'adaptation. Néanmoins, l'interviewée a nuancé ses propos en indiquant

que les partenaires idéaux pour accompagner le changement, les moteurs des projets informatiques, seraient les professionnels expérimentés en milieu de carrière : « *sur les déploiements, on mise beaucoup sur les anciens, et sur les personnes qui sont entre les deux, à 20 ans de la retraite, car elles ont de l'expérience et sont habituées aux outils numériques. Elles vont prendre l'outil en main et aider les collègues. C'est comique de voir cela car généralement on pense plus l'inverse. A chaque déploiement, ça a toujours été les anciens qui ont pris le relai derrière nous* » (l. 298). L'expérience de l'interviewée laisse à penser que les référents à cibler dans les équipes seraient les professionnels expérimentés mais que la question générationnelle ne serait pas liée à la capacité d'accompagnement des soignants dans l'utilisation du DPI.

5.4. Analyse transversale des entretiens

Analyse transversale du contenu des entretiens

Les trois entretiens effectués ont permis d'explorer de nombreuses thématiques sur l'informatisation des unités de soins et le fonctionnement des équipes projets et des équipes soignantes avec le DPI.

Tout d'abord, l'entretien avec le directeur du SIH a permis d'établir un cadre de connaissances pragmatiques sur le virage numérique des établissements de santé. Le numérique en santé est décrit comme étant au cœur des organisations soignantes ; l'outil informatisé s'apparente à un outil de soins. L'interrogé a évoqué l'évolution de l'appropriation générale des outils numériques qui s'est accentuée au fil des années grâce à la performance des logiciels et au développement des compétences numériques dans notre société. Habitué au déploiement d'outils de soins informatisés, l'interviewé a abordé régulièrement l'importance de la méthodologie de conduite de projets et de la rationalisation des processus organisationnels dans les établissements de santé. Dans cette méthodologie, il insiste sur l'importance d'avoir des référents dans l'équipe projet informatique et dans les unités de soins pour traduire les informations auprès des équipes soignantes et les accompagner au quotidien. L'interrogé a fait un parallèle entre l'équipe projet et l'équipe de soins sur lesquelles il s'appuie. En effet, les stratégies managériales sont d'amener une équipe vers l'objectif à atteindre dans un projet et de

les orienter vers les changements nécessaires dans les organisations pour y parvenir. Ainsi, les aptitudes en leadership du manager pour motiver ses équipes sont mises en avant d'autant plus lors d'exemples donnés sur des situations avec des personnes résistantes au changement.

L'entretien avec la cadre supérieure de santé a permis de mettre l'accent sur le rôle du cadre de santé, sur la qualité des transmissions soignantes, le raisonnement clinique de ses équipes et sur la traduction des informations techniques. Ses compétences managériales et son analyse des interactions sociales au sein des équipes face à l'outil informatique ont mis en évidence que pour permettre l'appropriation des équipes à l'outil informatique, il n'y a pas de recette préétablie mais qu'il faut respecter des principes fondamentaux :

- Former le personnel soignant pour leur apporter les compétences nécessaires.
- S'appuyer sur les référents, traducteurs de l'information et formateurs accompagnants.
- Accorder un rôle de relai du cadre de santé, gestionnaire de son secteur d'activité, qui communique et qui accompagne son équipe à co-construire le DPI.

Enfin, la richesse de l'entretien avec la cheffe de projet DPI a permis de développer de nombreuses notions. Dans chacune de ses réponses, l'interrogée a pointé le rôle crucial de la traduction de l'information pour l'adhésion à l'outil informatisé de soins, qu'il soit effectué par le cadre de santé et/ou par une expertise externe au service de soins. L'interviewée a indiqué que pour adhérer à l'évolution d'un DPI, cela nécessitait obligatoirement plusieurs éléments :

- L'implication de l'équipe fonctionnelle informatique, traducteurs de l'information et formateurs accompagnants.
- La co-construction du DPI.
- Le rôle de relai du cadre de santé.
- L'appui des professionnels de santé expérimentés qui connaissent les changements d'outils informatiques et comment les appréhender.

Une partie de l'entretien s'est axée autour de la résistance au changement qui peut être de causes contextuelles, personnelles ou générationnelles. L'autorité hiérarchique ou fonctionnelle peut influencer le niveau de résistance au changement des pratiques d'un individu selon l'interviewée.

Analyse transversale quantitative

Pour l'analyse transversale, j'ai également choisi d'effectuer un recensement des occurrences des concepts mentionnés afin d'appuyer les thématiques fortes explicitées précédemment. Ceux-ci étant nombreux, je me suis orienté vers les concepts les plus fréquemment mentionnés par l'ensemble des interviewés.

Les concepts les plus fréquemment mentionnés sont³ : l'accompagnement de proximité, la co-construction, la traduction de l'information, la communication, la performance des organisations et la résistance au changement.

En prenant en compte la valeur et la récurrence des notions récoltées lors des entretiens, on peut en déduire des hypothèses pour répondre au questionnement de départ.

Rappelons ce questionnement de départ :

Comment le cadre de santé contribue-t-il à l'appropriation par l'équipe des changements découlant des évolutions des outils de traçabilité informatisés des soins ?

Par le biais de personnes référentes transmettant les informations et d'échanges inclus dans les phases de co-construction du DPI, les entretiens effectués ont tous révélé l'importance des interactions sociales pour favoriser l'appropriation des équipes au DPI et aux changements de leurs pratiques.

Les principales hypothèses issues des analyses de données empiriques pour tenter de répondre au questionnement de départ sont les suivantes :

- La **co-construction** d'un dossier de soins informatisé favorise l'appropriation par l'équipe des changements organisationnels induits par son évolution.
- Le cadre contribue à l'appropriation par l'équipe des changements organisationnels par **la traduction des informations** provenant des acteurs externes.

Il apparaît nécessaire de développer ces deux concepts forts par la littérature afin de raffermir l'exactitude de ces hypothèses.

³ Cf annexe N°3 : Analyse quantitative des concepts de la série d'entretien N°1

6. Théorisation

Afin de poursuivre la recherche sur le développement des données recueillies dans une première série d'entretiens, une phase de théorisation permet d'alimenter la réflexion tout en gardant à l'esprit les savoirs expérientiels. Je développerai dans un premier temps la thématique de la co-construction, puis dans un second temps la notion traduction de l'information dans le contexte d'informatisation des unités de soins.

6.1. La co-construction

6.1.1. Définition de la co-construction

Foudriat définit la co-construction comme « *un processus volontaire et formalisé par lequel deux ou plusieurs acteurs parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème). La visée, l'intention du processus co-constructiviste, est de définir, d'élaborer, de construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique, une méthode, ... L'accord traduit un compromis sur lequel ces acteurs s'entendent et se reconnaissent* ». (2019, p.17). La co-construction désigne à la fois une forme de participation et de coopération entre des acteurs engagés dans un travail d'analyse et de propositions pour atteindre un objectif important. Cette définition n'est pas figée. Elle peut se percevoir selon l'angle académique et selon les usages qui lui sont prescrits. Par exemple dans le champ lexique pur, on peut indiquer qu'un document rédigé par plusieurs auteurs est une co-construction en soi alors qu'en éducation, il s'agirait plutôt d'une résultante d'un apprentissage tripartite entre l'étudiant, l'enseignant et les technologies de l'information (Callon, Latour, 2016).

Foudriat s'appuie sur le parti pris que le concept de co-construction fonctionne uniquement lorsque les acteurs ont la possibilité d'être libres dans leur processus décisionnel et que leur besoin de reconnaissance social est assouvi (2019, p. 10), il cite d'autres chercheurs

ayant travaillé sur la co-construction, comme Leyrie (2017,p. 119) : *« les processus de co-construction sont complexes et sont caractérisés par une irréductible imprévisibilité car les acteurs restent toujours partiellement libres et ne peuvent jamais être totalement instrumentalisés au service d'une fin qui leur serait extérieure ».*

Le processus de co-construction est généralement une démarche au service d'un objectif, soit dans le registre de gestion de projet d'une durée limitée, soit dans l'intérêt d'un maintien d'une dynamique de groupe dans une équipe. Dans tous les cas, la co-construction nécessite la participation de chaque acteur que ce soit dans la réflexion préalable à la décision ou dans la participation à des ateliers de travail. La co-construction permet de générer une dimension d'innovation au sein de l'organisation *« une innovation naît dans un contexte caractérisé par une pluralité de points de vue et de cadres de références »* (2019, p. 25).

La co-construction est à distinguer de la participation. La participation inclut plusieurs niveaux d'implication dans une action ou un projet et plusieurs niveaux d'inclusion dans une délibération. Dans la co-construction, la participation requise d'un acteur est élevée et nécessite une réflexivité en amont et en aval de la décision. Foudriat (2019, p. 30) cite Monceau (2015) pour définir la participation : *« La participation à un dispositif de recherche peut en effet prendre de nombreuses formes allant d'une présence muette lors d'une rencontre à une collaboration aux différentes étapes de la recherche, de sa conception à la diffusion de ses résultats ».* La co-construction se distingue également de la collaboration ou la coopération. Corriveau (2010) est cité par Foudriat (2019, p. 29) pour définir de manière pragmatique la collaboration comme *« la plus simple expression de « travailler avec [...] Pour décrire de "travailler ensemble", des notions telles que la coopération, collaboration collégialité ou travail d'équipe sont souvent évoqués ».*

Dans le processus de co-construction, il est nécessaire de produire des documents intermédiaires qui attestent des accords pris entre les acteurs. Ils permettent de faire des points étapes, de marquer l'engagement des acteurs et d'éviter de futurs conflits par divergence de point de vue.

En termes d'ingénierie communicationnelle, nous pouvons imaginer la co-construction comme une production sociale formalisant la démocratisation de l'action publique selon Volat (2021). Il résume les types de participation à l'action publique selon la temporalité et le format :

Tableau 1. Les différentes formes de participation à l'action publique

	Temporalité de la participation	Format de la participation	
Information	<ul style="list-style-type: none"> • En amont, pendant et en aval de l'action publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de participation 	Non-participation
Consultation	<ul style="list-style-type: none"> • En aval de l'action publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation consistant à livrer de l'information à la prise de décision. 	Coopération symbolique
Concertation	<ul style="list-style-type: none"> • En amont de l'action publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation consistant à faire des propositions sans assurance qu'elles soient pleinement prises en considération. 	
Co-production	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'action publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à la mise en œuvre de l'action publique • Répartition des rôles et des responsabilités définie par la logique poursuivie (conception néolibérale = donneur d'ordre ; conception démocratique = délibération) 	Réelle répartition des pouvoirs dans la conduite de l'action publique
Co-construction démocratique	<ul style="list-style-type: none"> • En amont, pendant et en aval de l'action publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de l'action publique. • Délibérations démocratiques définissant le partage des rôles et des responsabilités. 	

Le terme de co-construction est utilisé dans de nombreuses catégories scientifiques. Nous retrouvons un concept connexe en apprentissage par le socio-constructivisme. Le socio-constructivisme est décrit comme la méthode d'apprentissage qui valorise la co-construction en contexte des connaissances et des compétences plutôt que la transmissions des savoirs décontextualisés sans attente de réflexivité de l'étudiant (Jonnaert, 2002). Ainsi, l'étudiant débute son apprentissage par ses propres connaissances ; il les modifie et les ajuste en fonction des situations sociales rencontrées. La co-construction est également utilisée et modulée en sciences politiques, en philosophie et en sociologie. En sociologie de l'innovation, Callon, Latour et Akrich (2006) sont cités par Foudriat (2019) et montrent comment le succès d'une innovation technologique s'analyse au regard de sa pertinence, mais surtout de la force du réseau d'acteurs qui ont été enrôlés dans un processus de co-construction de l'innovation. Proposant une théorisation, la sociologie de la traduction et de l'acteur-réseau devient un repère théorique important pour comprendre les conditions d'émergence d'un processus de co-construction.

6.1.2. La pluralité des points de vue

Au niveau de la pluralité des points de vue, Foudriat (2019) indique que l'engagement des différents acteurs dans la co-construction permettant une action commune est porté par la confrontation des points de vue à priori non convergents. Les conditions de travail et les

organisations ne se sont pas identiques, les objectifs et les tâches à accomplir le sont encore moins. Pourtant, l'enjeu de la co-construction est bien d'élaborer une définition d'une réalité qui sera partagée et acceptée, qui dépassera la notion de différenciation des points de vue défendus par chacun au départ.

D'autre part, la pluralité des points de vue peut être constructive lorsqu'une certaine cohérence organisationnelle est existante. La perspective stratégique d'une organisation comme l'organisation hospitalière a un fort impact sur la possibilité de co-construction autour de projets de service de soins ou au niveau d'un pôle ou d'un établissement de santé. Foudriat (2019, p. 178) cite Friedberg (1993) sur le fait que l'organisation est vue comme « *un ensemble dans lequel s'oppose et s'affronte une multiplicité de rationalités dont la convergence n'a rien de spontané, mais est le résultat d'un ordre* ». Cet ordre permet d'entremêler les positions des parties prenantes dans le but de définir et de suivre des objectifs communs clairement établis par les directions des organisations.

6.1.3. Les changements cognitifs

Par l'intermédiaire d'échanges entre acteurs, un processus de changement dans l'état cognitif de chacun est nécessaire afin d'adhérer, ou non, aux décisions prises par le groupe. Les transformations de représentations individuelles et collectives sont-elles favorisées par certaines conditions ?

Les acteurs raisonnent selon des situations-problèmes et élaborent un calcul cognitif d'investissement stratégique. Ces raisonnements individuels évoluent selon l'effet des changements structurels décidés par les dirigeants. De plus, ces raisonnements évoluent également selon les expériences vécues qui offrent de nouvelles perspectives dans leur faculté de s'adapter au changement. Foudriat (2019) explique que les acteurs ont besoin de « bonnes raisons » intrinsèques pour changer de perspectives. Ces raisons peuvent être les valeurs, l'estime de soi ou des objectifs stratégiques personnels secondaires à la réussite de l'objet de la co-construction. Foudriat (2019) indique que les expériences vécues par les acteurs dans les organisations façonnent une certaine quête de construction de sens. En effet, les situations de la vie professionnelle et les difficultés rencontrées développent une activité cognitive qui proposent une interprétation de l'expérience vécue en cherchant à en connaître les causes. Cette

importance du contexte pour l'analyse du comportement d'un individu est corrélée avec l'organisation dans laquelle il se trouve et les acteurs avec lesquels il est en interdépendance. Un contexte est défini par « *un ensemble de contraintes mais aussi par des zones de flous qui offrent des possibilités de jeu plus spontanées. Un comportement peut être compris comme une réponse face à des contraintes et à des opportunités de jeu* » (Foudriat, 2011, p. 206). Chaque incident organisationnel aura donc une traduction émotionnelle dont l'intensité est variable selon les personnes et les enjeux sur les pratiques professionnelles.

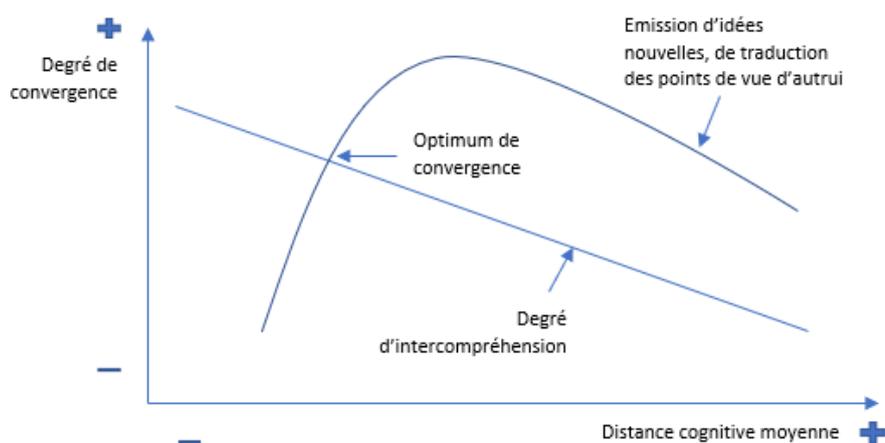
Dans certains cas, les expériences vécues par l'individu et son environnement de travail peuvent aboutir à une impossibilité de comprendre le point de vue de tout autre acteur. Cette impossibilité est appelée aveuglement cognitif. Toute construction sociale liée à une position favorisant l'émergence de situations innovantes peut donc être perturbée par ce type d'état cognitif car l'individu considérera que son point de vue est le plus adapté. Dans le cas où l'individu est un cadre ayant un aveuglement cognitif, il pourrait combattre les autres points de vue de son équipe par des injonctions ce qui par définition est contre-productif pour une démarche de co-construction. À l'inverse, d'autres expériences positives peuvent favoriser la capacité de l'individu à comprendre les points de vue d'autrui. Cette interprétation subjective est un facteur à prendre en compte lors des phases de compromis.

6.1.4. La recherche de convergence des points de vue

La convergence se caractérise par une transformation des points de vue de différents acteurs concernés par une situation-problème ou par un projet (Foudriat, 2019, p. 53). Elle nécessite un certain processus interne de traduction du jeu de langage pour permettre d'aboutir à un consensus et d'éviter les conflits ouverts lors des délibérations. Pour qu'une convergence soit possible entre les acteurs, il faut que la distance cognitive ne soit pas trop importante ou que la capacité d'absorption du raisonnement d'autrui soit développée pour pouvoir l'assimiler et le traduire dans le meilleur langage possible.

Cette relation entre la convergence et la distance cognitive est décrite par Van Hée (2008) et cité par Foudriat (2013, p. 47) pour analyser l'efficacité potentielle des échanges et des délibérations au sein d'un groupe :

Figure 1. Relation entre convergence et distance cognitive



On peut en déduire que selon les situations personnelles vécues et grâce à un contexte organisationnel favorisant, l'acquisition d'un autre mode de raisonnement par les acteurs est possible par la convergence des distances cognitives. Cette bascule vers un nouveau mode de raisonnement pourrait être le point d'entrée vers l'acceptation de changements organisationnels.

6.1.5. Le compromis

L'établissement d'un compromis entre les acteurs n'est pas spontané, il met en exergue la problématique des jeux de pouvoirs. Les stratégies personnelles employées par des acteurs à forte personnalité ou à forte capacité d'absorption de raisonnement d'autrui peuvent bouleverser l'issue d'un compromis, et aboutir à des conflits ou à une décision dirigée vers les intérêts individuels. Tout processus co-constructiviste reste donc toujours incertain dans son aboutissement. Il persiste toujours un risque de convergence illusoire selon les jeux de pouvoir d'un acteur hiérarchiquement supérieur ou d'une intention cognitive consciente ou inconsciente à faire passer ses propres intérêts personnels avant ceux du collectif. Cependant, dans la plupart des cas, il suffit que l'acteur s'engage dans le processus de co-construction pour qu'il n'engage pas lui-même une stratégie de résistance ou de sabotage inconscient.

La co-construction renvoie naturellement vers un processus de négociation. La négociation est définie par Allain (2007) et reprise par Foudriat (2019, p.50) par sa référence au principe d'acceptabilité d'un compris « *Une négociation ne se réduit pas à un marchandage,*

c'est à dire à la définition de compromis reposant sur des concessions mutuelles [...] elle vise la recherche conjointe d'une solution à un problème commun qui ne peut être traité que collectivement du fait de la situation d'interdépendance liant les parties, aucune ne pouvant imposer son point de vue. ». La co-construction, c'est donc aussi confronter les idées et les arguments, en ayant le souci de faire expliciter les convergences et de réguler les tensions afin d'orienter les acteurs vers la recherche de solutions.

Le compromis aboutissant à une co-construction résulte donc d'un accord conclu dans une ou des séquences d'interaction, où les acteurs ont utilisé leur réflexivité pour respecter leur seuil d'acceptabilité à défendre leur point de vue et à accepter le changement. Foudriat (2019, p.51) résume le changement de point de vue personnel : lors d'un compromis lorsque l'acteur devra changer sa version première et « *réussir à construire une chaîne de traduction en prenant du recul par rapport à ce qu'il voudrait défendre initialement, en lâchant prise sur certains aspects* ». L'élaboration d'un compromis suppose aussi une certaine temporalité, ponctuée par des moments de délibération collective et par des temps de réflexion personnelle. Ainsi, la réussite d'un processus délibératif co-construit dépend de la capacité des acteurs à s'enrôler dans une posture inédite et à se mettre à bonne distance de leurs préjugés et de leurs expériences antérieures.

6.1.6. Les freins à la co-construction

Foudriat (2019) évoque certains schémas cognitifs et modes de raisonnement freinant le processus de co-construction et l'aboutissement de compromis. Ces schémas amènent à :

- Sélectionner et ne retenir que les informations partielles.
- Interpréter toujours de la même façon les événements, comme les interactions avec les mêmes personnes ou les difficultés rencontrés dans les tâches quotidiennes.
- Ne pas tenir de la complexité de certaines organisations.
- Persévérer à défendre les mêmes points de vue, sans proposer de variantes ou de traductions permettant une possibilité de compromis.

Selon Foudriat (2019, p. 53) citant Crozier et Friedberg, les acteurs se retrouvent parfois dans des sortes de boucles systémiques, dans lesquelles ils reproduisent sans cesse les mêmes schémas communicationnels. Par exemple, il y a le cas de l'impossibilité à mettre en place un

espace réflexif dans une organisation : les professionnels sollicitent leur cadre dès la première difficulté. Si le cadre répond à la situation-problème sans faire participer ses subordonnés à la résolution tout en faisant preuve d'une excessive disponibilité, la situation-problème sera résolue mais les compétences des subordonnés à gérer les difficultés ne seront pas développées ; les situations-problèmes similaires se reproduiront et le cadre sera inscrit dans un processus d'interruption de tâches permanent. Cette boucle systémique n'a pas été repérée lors du recueil de données empiriques des premiers entretiens.

6.1.7. La co-construction, un levier managérial

Foudriat (2019) indique que pour mener à bien le concept de co-construction dans les projets de service ou d'établissement, le manager doit appliquer un principe principal, celui de prendre en compte le point de vue de chaque acteur pour favoriser la reconnaissance de leur travail. Cette reconnaissance induira une attribution de sens à leurs missions et donc une implication accentuée dans l'organisation. Ainsi, les oppositions aux divers changements peuvent s'expliquer lorsque les points de vue des acteurs n'ont pas été intégrés dans les échanges descendants, ces acteurs étant considérés comme « *cibles passives et influençables* » (Foudriat, 2019, p. 163). Il indique également que le cadre a un rôle à jouer pour détecter les modes de raisonnement spontané des acteurs, voire les aveuglements cognitifs, qui sont des freins à la co-construction. Lorsque les acteurs sont identifiés, il s'agira de leur faire prendre conscience de leur mode de raisonnement et des conséquences organisationnelles systémiques que cela peut avoir puis de les amener à modifier des modes de fonctionnement pour pouvoir optimiser les relations sociales et les processus de travail. Cette prise de conscience peut être une « *recherche-action collective impliquant les acteurs dans l'observation et la compréhension des boucles systémiques dans lesquelles ils peuvent être enfermés* » (Foudriat, 2019, P167). Lors d'une séquence de délibération pour un compromis, certains modes de raisonnements spontanés freinant la co-construction peuvent être facilement identifiables comme la généralisation abusive de certains propos, l'abstraction sélective d'éléments considérés comme hors contexte, ou la pensée substitutive d'un collaborateur. Ils peuvent être soulignés lors de ces séquences dans le but de favoriser un mode de raisonnement antagoniste, soit la flexibilité cognitive, et de rompre les boucles systémiques ne favorisant pas l'authenticité des rapports sociaux et l'évolution des organisations.

D'autre part, il semble opportun que les séquences de co-construction d'une équipe soient préparées afin de mettre les acteurs en bonne condition cognitive. Le manager peut ainsi prévoir les éléments suivants : le rappel aux acteurs d'objectifs clairs, temporellement définis et réalisables, la mise à disposition d'outils de brainstorming (tableaux, cartes mentales, post-it, ...), la nomination d'un rapporteur pour faciliter la rédaction d'un compte rendu, ... Ces règles élaborées par le manager permettent, selon Foudriat (2019), d'organiser des échanges favorisant le partage, l'apprentissage collectif et le développement de controverses argumentatives pour ouvrir les négociations. Le cadre veillera à partager équitablement la communication entre les acteurs et à traduire les informations techniques ou législatives afin de favoriser la compréhension des enjeux et du contexte. Il peut jouer également un rôle de médiateur, de garant des délibérations en prenant soin de ne pas intervenir ni trop tôt, ni trop tard dans la discussion.

D'autre part, l'engagement d'un cadre dans un processus co-constructiviste suscite des représentations chez les acteurs dans lesquelles ils attendent des obligations minimales en termes d'attitude. Le pari de cette participation est de convaincre les parties prenantes que les jeux ne sont pas joués d'avance, selon Foudriat (2019), et que la ligne de conduite du dirigeant adopte bien le respect du point de vue de chacun dans les délibérations. Les temps de délibération ne sont donc pas un espace pour délivrer des messages ou des informations directives. Enfin, dans la co-construction, la décision émergeant du processus délibératif correspond bien à l'accord collectif traduisant la convergence et le sens des actions émanant des acteurs. Elle doit être formalisée et transmise à l'ensemble des participants.

6.1.8. La co-construction dans l'informatisation des unités de soins

Depuis les années 2000 et les changements induits par la T2A et la transformation numérique, la co-construction est un concept congruent dans le sanitaire et dans le médico-social. En effet, la co-construction nécessite une volonté de chaque acteur de changer son organisation et de s'inscrire dans des démarches projet de restructuration, sinon la co-construction au sein d'une entité ne sera qu'éphémère : *« il s'agit de créer les conditions d'un déplacement de points de vue de chacun par rapport aux autres et par rapport aux systèmes*

d'action qui les structurent pour dépasser l'incantation participative ou coopérative et se donner les moyens de transformer ensemble des systèmes sclérosés» (Barreyre, 2019, p. 6).

Dans une démarche de changement d'un outil informatisé, la co-construction est décrite par Bernoux et Gagnon (2008, p. 56) comme la méthode de production sociale la plus appropriée pour réussir : *« Celui-ci doit être pensé en fonction des difficultés particulières de chaque service. L'implantation d'outils aussi lourds suppose une véritable co-production, par les concepteurs et par ceux qui auront à le mettre en œuvre, du changement et de tout ce qu'il comporte »*. Bernoux et Gagnon (2008, p. 57) expliquent que la co-construction du changement repose sur une technologie conçue et fondée selon un plan que les concepteurs et les utilisateurs auront construit ensemble. Il paraît donc essentiel de définir des temps d'ateliers de co-construction entre une équipe informatique chargée de missions en DPI et les équipes soignantes afin de faire converger les points de vue et d'élaborer un outil adapté aux pratiques quotidiennes. La co-construction ressort comme le moyen d'assurer un rôle actif aux professionnels et donc un facteur pour réussir le changement technologique (Gagnon, 2005).

La disponibilité de l'équipe DPI aux côtés des équipes soignantes favorisent la co-construction et la communication entre les participants au projet d'informatisation et à la maintenance des outils. Morquin et Ologeanu-Taddei (2018, p 182) citent Romeyer et Fabbe-Costes (2004) en indiquant l'importance *« d'organiser la disponibilité des hospitaliers, de favoriser la présence sur le terrain des développeurs, ou encore de s'appuyer sur la gestion des processus et sur leur modélisation, en instaurant autant de groupes de travail pluridisciplinaires que de processus définis »*. Les propos forts recueillis auprès de la cheffe de projet DPI *« la place d'un fonctionnel n'est pas derrière un bureau, la place d'un fonctionnel est sur le terrain à discuter avec les gens »* (l. 153) et la méthodologie employée lors de l'exemple du déploiement du DPI sur un plateau de consultation prennent ici tout leur sens.

Ensuite, la co-construction dans le quotidien du personnel soignant et leur utilisation du DPI renvoie au concept d'alignement social selon Ologeanu-Taddei et Paré (2017, p. 7). Cette notion avancée par Cram (2012) semble particulièrement pertinente dans un secteur comme celui de la santé où les valeurs associées à l'efficacité et à la qualité de la prise en charge des patients peuvent largement *« influencer sur leurs perceptions, attitudes et usages des TIC »*. La co-construction suppose des périodes de tests et un apprentissage organisationnel portant sur la coopération entre les acteurs (Crozier, Friedberg, 1992). Elle nécessite beaucoup d'énergie qui doit être consacrée à la préparation d'un déploiement et à la phase d'atterrissage. Pour Bernoux

et Gagnon (2008, p. 58), « *la réussite a un prix* » pour parvenir à un projet d'informatisation co-construit avec efficacité.

En résumé de ce chapitre, la co-construction désigne donc un processus dans lequel les différents acteurs impliqués dans un projet ou une initiative participent activement à sa conception et à sa réalisation. Ce processus est basé sur la collaboration, la participation active et l'échange d'idées entre les différents acteurs ce qui permet de prendre en compte les différents points de vue et de maximiser les contributions de chacun. Le but principal de la co-construction est de garantir la participation et la responsabilisation de tous les acteurs concernés ce qui peut améliorer la qualité, la viabilité et la durabilité du projet ou de l'initiative. On retrouve trois composants influençant la co-construction à prendre en compte pour le cadre : la pluralité des points de vue, l'apprentissage collectif et des changements cognitifs et les jeux de pouvoir et des régulations. Les conditions de travail, les objectifs et les tâches à accomplir étant différents pour chaque acteur, il est important de dépasser la différenciation des points de vue pour élaborer une réalité partagée et acceptée.

Dans une démarche de changement d'outil informatisé, la co-construction est la méthode de production sociale la plus appropriée pour réussir. Elle suppose des périodes de tests et un apprentissage organisationnel portant sur la coopération entre les acteurs. La co-construction est donc un facteur clé pour réussir le changement technologique. Pour cela, la recherche de convergence des points de vue nécessite un processus interne de traduction du jeu de langage pour aboutir à un consensus.

6.2. Le cadre et le réseau, dans la traduction de l'information

Dans cette partie sera développée la notion de traduction de l'information dans un réseau d'acteurs soignants et du rôle du référent traducteur. Ce concept a été largement développé dans les entretiens ; il s'agit maintenant de comprendre en quoi la traduction des processus, des actions et des langages va permettre l'appropriation des évolutions du DPI.

6.2.1. La traduction

En introduction, je me suis appuyé sur le paradigme sociologique pour comprendre la traduction dans une organisation et les interactions humaines que ce concept apporte.

Walsh et Renaud (2010, p. 287) citent Amblard et al. (1996, p 135) pour donner une définition générale de la notion de traduction : « *dans le langage courant, traduire renvoie à une opération qui consiste à transformer un énoncé intelligible en un autre énoncé intelligible pour rendre possible la compréhension de l'énoncé initial par un tiers. La traduction est réussie si elle n'a pas engendré un détournement de sens* ». La traduction est décrite plus succinctement par Callon (1974-1975, p. 19) comme « *une relation symbolique qui transforme un énoncé problématique particulier dans le langage d'un autre énoncé particulier* » (Collin, Livian, Thivant, p. 164).

En partant de cette définition, je me suis concentré sur l'approche de la sociologie de la traduction. La sociologie de la traduction est une approche théorique développée par Michel Callon, Bruno Latour et John Law dans les années 1980. Elle considère que les objets et les phénomènes sociaux ne sont pas des entités « fixées » ou « stables » mais plutôt des constructions sociales qui sont façonnées et transformées par les acteurs impliqués dans des processus de traduction. Les acteurs sont humains (scientifiques, soignants, décideurs politiques) ou non humains (technologies, normes, lois, ...). Les ressources peuvent être matérielles (équipements, outils, dispositifs) ou immatérielles (connaissances, pratiques de soins, ...).

Selon cette approche, les processus de traduction ne sont pas neutres et objectifs mais plutôt influencés par les intérêts, les perspectives et les relations de pouvoir des acteurs impliqués. Les acteurs utilisent des dispositifs de traduction comme des langages ou des représentations pour transformer les phénomènes sociaux en quelque chose de nouveau.

6.2.2. La théorie de l'acteur-réseau

La théorie de l'acteur-réseau (TAR) est une approche sociologique spécifique qui considère que les acteurs humains et non-humains (tels que les technologies, les institutions,

les normes, ...) exercent des influences équivalentes sur le processus de construction sociale de la réalité. Cette approche peut être appliquée à l'informatisation des outils de soins. Pour Lascoumes (2019) l'originalité fondamentale du concept consiste à rendre compte d'un processus avant de s'attacher au résultat. La question est de savoir quelle est la dynamique qui l'a rendue possible. Ce concept met l'accent sur deux interdépendances : « *entre les catégories cognitives et les systèmes d'action concrets, et entre tous les actants concernés, humains et non-humains (dispositifs matériels, éléments de la nature), qui doivent être traités sur le même plan* » (2019, p. 644).

La TAR est donc un courant de pensée expliquant comment fonctionnent les organisations. Il s'oppose au courant plus connu de l'analyse stratégique décrit par Crozier et Friedberg (1977). Bernoux et Gagnon (2008, p. 55) ont effectué un comparatif entre ces écoles sociologiques. Dans les deux cas, les organisations ne souhaitent pas de séparation entre l'implantation de la technologie et leurs acteurs. Elles partent du postulat que les changements ne peuvent aboutir à une réussite que s'ils sont réfléchis de façon interne à l'organisation et donc s'ils mobilisent les connaissances et les compétences de tous les acteurs. Mais la TAR s'appuie davantage sur le rôle de chaque acteur et la coopération pour la pérennisation de l'organisation et l'adaptation au changement :

Tableau 2. Comparatif entre l'analyse stratégique des organisations et la TAR

École de pensée	Regard principal sur :			Stratégie de gestion du changement
	La technologie	L'organisation	L'acteur	
Analyse stratégique	Enjeu entre les différents acteurs	Système d'action concret détermine le succès de la technologie	Choisit la technologie en fonction de sa stratégie	Identifier les acteurs et leurs enjeux
Théorie de la traduction (Actor Network Theory)	Non humain, rempli d'humain (actant)	Coopération entre les acteurs détermine l'acceptation de la technologie	Le réseau d'acteurs est le fondement de l'action	S'appuyer sur les réseaux et interactions

D'autre part, Walsh et Renaud (2010, p. 288) citent Callon (1991) pour expliquer qu'une traduction réussie résulte d'un certain alignement de la compréhension et du raisonnement entre l'équipe. Il utilise le terme de convergence pour exprimer et « *saisir le degré d'accord engendré par une série de traductions* » (Callon, 1991 p. 211). Une traduction réussie permet alors d'aligner les positions. À l'inverse, dans une traduction manquée, les positions des acteurs restent inchangées et non-alignées. Le réseau est alors constitué quand les différents acteurs sont alignés par la traduction (Callon, 1991 p. 212). Cette notion d'alignement rappelle celle de l'alignement social défini par Cram (2012) et montre une corrélation entre co-construction et traduction. Cela s'applique dans le domaine de la santé et de l'évolution des outils de traçabilité.

Les moments clés de la traduction, décrits par Lascoumes (2019, p.645) sont :

- La « *problématisation* » par une définition concertée de l'ensemble des acteurs concernés. Elle définit un passage obligé qui contraint tous les intervenants actuels et futurs.
- L'« *intéressement* » où les identités et comportements s'ajustent entre eux et aux causes ce qui permet de sceller les alliances.
- L'« *enrôlement* » qui manifeste la stabilisation des deux phases précédentes en projet collectif.
- La « *mobilisation* » qui met en jeu les porte-paroles et diffuse le projet grâce à des intermédiaires matériels et humains.

6.2.3. L'approche de la TAR dans l'informatisation des unités de soins

La Théorie de l'Acteur-Réseau peut être utilisée pour explorer les interactions entre ses différents acteurs et comprendre comment ils contribuent à la mise en place de systèmes de santé informatisés. Dans le domaine de la santé, on peut analyser comment les technologies influencent les pratiques des professionnels de santé et des patients, comment les politiques de santé influencent les choix technologiques ou comment les fournisseurs de technologies interagissent avec les utilisateurs. Callon (1999) place l'innovation au centre des interactions entre acteurs. Il est cité par Collin, Livian, Thivant (2016, p. 162) en expliquant qu'il s'agit d'« *un phénomène émergent au cours duquel se mettent progressivement en place des interactions liant des agents, des savoirs et des biens, qui étaient auparavant non connectés et qui sont pris peu à peu dans un faisceau d'interdépendances* ». Dans le contexte sanitaire, l'informatisation des outils de soins est considérée comme un processus de construction sociale impliquant des acteurs humains et non-humains. Les acteurs non-humains incluent des technologies telles que les systèmes d'information de santé, les dispositifs médicaux connectés, les robots, etc. Les acteurs humains comprennent les patients, les professionnels de santé, les fournisseurs de technologies de santé, les régulateurs et les décideurs politiques.

La TAR met en exergue le rôle crucial du « traducteur » et du « porte-paroles ». Les informations peuvent être « traduites » par le traducteur lorsqu'elles appartiennent à un langage spécifique comme le langage informatique, à un public non initié comme le personnel soignant.

Le traducteur s'assure également que l'information a été comprise grâce aux porte-paroles pour transmettre les informations aux membres du groupe. Ces rôles distincts sont explicités par Collin, Livian et Thivant (2016, p. 166) : « *Pour que le micro-réseau s'élargisse, se rallonge, il faut que les entités qui le composent aient la capacité à faire écho, à diffuser. Les porte-paroles sont donc des représentants dont le traducteur doit s'assurer de la légitimité. Le porte-paroles est le représentant des parties prenantes, appelées entités* ».

Dans le système hospitalier actuel, on observe aisément ce concept de transmissions des informations au sein des équipes. Un soignant peut être la source et le relai d'une information à transmettre à ses collaborateurs ; cela fait partie de ses missions de traçabilité des soins. Dans le domaine de l'informatique, le cadre de santé ou le référent informatique peut jouer ce rôle en expliquant les mises à jour du DPI ou un processus de saisie à utiliser. Mais il doit s'adapter aux disparités de compétences en DPI de chaque membre de l'équipe, « *une nouvelle place pour les opérateurs de santé eux-mêmes, conduits à apprendre à composer avec la logique des autres, à mieux les comprendre et à mieux se coordonner pour gérer des parcours de patients* » (Kletz et Moisdon, 2021, p. 457). Cela fait écho à l'entretien réalisé avec le cadre de santé supérieur qui indiquait qu'une des missions du cadre était de faire des allers-retours entre l'équipe informatique et l'équipe soignante pour s'assurer du niveau similaire d'information sur le DPI. Ces allers-retours s'effectuaient fréquemment lors des temps de transmissions inter postes afin de croiser les opinions et d'aligner les discours.

6.2.4. La conduite du changement traduit

La TAR peut être mise en pratique dans toute organisation appliquant des changements. Ces changements peuvent être de grande envergure ou des changements minimes du quotidien. Ainsi, pour Collin, Livian et Thivant (2016, p. 165) « *Le traducteur émerge dans une situation problématique. Il contribue à la contextualisation ainsi qu'à la problématisation du réseau. D'ailleurs, comme dans toute situation de changement, la problématisation ne peut avoir lieu que sous l'effet d'un traducteur* ».

Walsh et Renaud (2010, p. 286-288) soulignent le fait que la sociologie de la traduction peut s'appliquer facilement dans la gestion des changements incrémentaux, c'est-à-dire que les équipes, s'acculturant des petits changements du quotidien, seront préparées à des changements

plus radicaux qui ponctuent de manière récurrente la vie d'une organisation et notamment l'organisation hospitalière : « un changement incrémental est un processus dynamique. Dès lors on doit l'étudier dans un schéma social dynamique. Les acteurs ne sont pas figés dans des rôles statiques ». L'une des tâches managériales importante apparaît donc être aujourd'hui la gestion, la conduite efficace de ce type de changements : « ceci s'applique parfaitement au changement dans un contexte managérial où il est difficile, voire impossible, de proposer un changement qui soit immédiatement aligné aux attentes, forcément différentes, des parties prenantes au changement. » (Walsh, Renaud, 2010, p. 287).

En appliquant la TAR dans le processus de conduite du changement, on procède à la conduite de changement induit. Walsh et Renaud (2010) développent ce concept en reprenant les étapes de la traduction dans le cadre d'un projet de changement. Les traducteurs et les porte-paroles ont bien évidemment une place importante dans ce processus : « les porte-paroles, émergents ou désignés, doivent être mobilisés autour du projet de changement » (2010, p.293). Le changement est considéré institutionnalisé lorsque l'alignement de l'information est réalisé entre les trois strates de la traduction (traducteurs, intermédiaires, porte-paroles) et que le niveau est jugé suffisant par le conducteur du changement :

Tableau 3. Les moments de la conduite du changement traduit

Moments	Description
Perception de la nécessité du changement	Le besoin de changement est ressenti et exprimé par un acteur qui voit les opportunités ancrées dans le changement.
Identification des actants et problématisation.	Les actants doivent être identifiés au travers de leurs problématiques diverses et le changement envisagé doit être traduit de telle manière qu'il devient congruent avec ces problématiques au travers de l'opportunisme de chacun des actants.
Intéressement et alliances	Les influences externes au réseau en train de se constituer doivent être bloquées afin de ne pas polluer les alliances en train de se constituer avec l'aide de divers intéressements.
Distribution des rôles et enrôlement	Dans le réseau organisationnel, les rôles sont distribués et acceptés, de manière informelle, le plus souvent.
Mobilisation des portes-paroles	Chaque actant a des portes paroles désignés ou émergents qui sont mobilisés autour du projet de changement.

Enfin, dans la conduite du changement traduit, le rôle du traducteur va au-delà du simple rôle de relai. Il est un motivateur, une personne qui va impulser le changement et convaincre l'ensemble des équipes de s'engager dans le processus de changement. Le traducteur doit alors « utiliser l'opportunisme des actants ; il doit les isoler d'influences existantes néfastes ; il doit renforcer et sceller les alliances pour constituer un réseau solide mobilisé autour du

changement » (Walsh et Renaud, 2010, p. 294). Le traducteur peut également accompagner les acteurs moins investis dans les premiers temps de préparation au changement. En effet, la TAR explique que la résistance au changement est liée au non-alignement des acteurs dans la chaîne de l'information ou aux acteurs non-humains : « *la résistance exprimée par les utilisateurs est alors décrite comme une résistance au changement lui-même, alors que, dans les faits, elle est beaucoup plus une résistance à la technique ou au type de technique que les concepteurs veulent imposer* » (Bernoux et Gagnon, 2009, p. 52). Il s'agit donc pour le traducteur de lever les contraintes organisationnelles pour que chaque acteur puisse s'investir dans un projet de changement.

En conclusion, la Théorie de l'Acteur-Réseau peut être utilisée pour comprendre les interactions entre les acteurs impliqués dans les systèmes de santé informatisés. La TAR met en avant le rôle crucial du « traducteur » et du « porte-paroles » pour assurer la transmission des informations entre les différents acteurs. Dans le domaine sanitaire et de l'informatisation des unités de soins, le cadre de santé ou le référent informatique peut jouer ce rôle mais il doit s'adapter aux compétences en DPI de chaque membre de l'équipe. Des allers-retours fréquents entre l'équipe informatique et l'équipe soignante sont nécessaires pour aligner les discours.

La TAR peut être appliquée à la gestion des changements organisationnels. Les traducteurs jouent un rôle crucial dans la contextualisation et la problématisation du changement. La gestion efficace des changements incrémentaux est importante pour préparer les équipes aux plus grands changements. Les traducteurs et les porte-paroles sont mobilisés pour induire le changement et l'alignement des participants. Le rôle du traducteur dépasse celui de simple relai ; il est également un motivateur qui accompagne les équipes pour lever les contraintes organisationnelles.

7. Synthèse de la première partie de la recherche

Cheminement de la pensée

La recherche empirique m'a permis de trouver des éléments de réponse au questionnement de départ :

Comment le cadre de santé contribue-t-il à l'appropriation par l'équipe des changements découlant des évolutions des outils de traçabilité des soins informatisés ?

Plusieurs entretiens auprès de personnes ayant une grande expérience en gestion de projet informatique ont montré qu'un cadre de santé peut contribuer à l'appropriation par l'équipe du DPI et aux changements de pratiques inhérents à son développement en étant un relai dans les échanges d'informations et en impulsant la co-construction du DPI.

La recherche conceptuelle par la méthodologie de la théorisation ancrée a consolidé les propos recueillis lors des entretiens. En effet, la co-construction est la méthode la plus appropriée pour réussir à déployer un outil de traçabilité des soins adapté aux équipes et auquel les soignants adhèrent au long terme. Pour que l'utilisation du DPI reste efficiente et que les évolutions soient suivies et appliquées, il est impératif d'avoir des référents. Le cadre de santé en fait partie. Les traducteurs et les porte-paroles sont une pierre angulaire pour communiquer, transmettre les problématiques, accompagner les équipes et impulser une dynamique de changement.

Bernoux et Gagnon appuient cette synthèse en l'appliquant pour tout projet de changement informatique en indiquant les facteurs révélateurs de réussite (2009, p.56) :

- *« Premièrement, l'idée de la participation doit être remplacée par celle de la co-production.*
- *Deuxièmement, il faut penser l'appropriation de la nouvelle technologie.*
- *Troisièmement, les différences de rationalités et de logiques des acteurs doivent être intégrées.*

➤ *Quatrièmement, il est important de changer les règles pour créer de la coopération ».*

Mais les entretiens réalisés ont également montré qu'il existe probablement d'autres facteurs influant l'appropriation du DPI par les équipes que ce soit dans un projet de changement d'outil de traçabilité et surtout dans le travail du quotidien des soignants.

Je souhaite savoir comment les cadres de santé managent et accompagnent une équipe lorsque des facteurs externes (contexte organisationnel, ressources humaines, ...) ou internes (relations sociales, investissement des équipes, réticence à l'outil, ...) influent sur l'appropriation du DPI.

In fine, les données recueillies lors des premiers entretiens et les théorisations de ces données me permettent de faire évoluer le questionnement de départ :

Comment le cadre de santé peut-il développer la volonté de son équipe de co-construire le dossier de soins informatisé au quotidien ?

Ce nouveau questionnement nécessite d'être exploré sur le terrain au sein des équipes. En effet, il s'agit maintenant de recueillir de nouvelles données basées sur des savoirs expérientiels afin de comprendre comment mettre en place une co-construction au quotidien, comment la pérenniser et comment faire en sorte que l'équipe s'imprègne elle-même des potentialités du DPI et qu'elle participe à son évolution.

8. Seconde série d'entretiens

Pour répondre à cette nouvelle question de recherche, une enquête empirique a été réalisée pour recueillir des données provenant du personnel soignant. Ces éléments de réponse ont été complétés par un apport théorique concluant la recherche.

8.1. Population

Afin de recueillir des informations objectives, l'échantillon d'enquête s'est constitué avec l'intention d'interroger des acteurs travaillant dans des établissements de santé ayant connu des variabilités d'informatisation : déploiement par big bang ou par informatisation progressive, logiciels différents, ... Le but étant de mettre en lumière la stratégie d'accompagnement et de co-construction malgré la diversité d'utilisation du DPI selon les contextes organisationnels en vigueur.

La majorité des établissements de santé ont intégré le DPI dans la plupart de leurs unités de soins. Les projets de changements de DPI étant peu fréquents, je me suis concentré dans l'enquête sur le quotidien des équipes, sur les exemples de continuité de co-construction du DPI et les conséquences de l'utilisation d'un outil de traçabilité informatisé.

Les terrains d'enquête potentiels sont nombreux. J'ai choisi d'explorer des établissements de santé qui m'étaient inconnus. Pour choisir des cas d'études adaptés et établir une grille d'entretien cohérente selon le terrain d'enquête, j'ai contacté des cadres supérieurs de plusieurs établissements de santé. J'ai établi un guide d'entretien téléphonique⁴ afin de connaître le contexte d'informatisation de chaque établissement et afin d'avoir des propositions de services de soins à enquêter. J'ai recensé les réponses de chaque personne interrogée. J'ai eu la possibilité d'enquêter au sein de plusieurs services dans plusieurs établissements. Selon moi, il était préférable d'interroger plusieurs services de différents établissements, c'est-à-dire avec des facteurs environnementaux différents : DPI différents, contextes d'informatisation

⁴ Cf annexe N°4 : Guide d'entretien téléphonique – recherche de terrains d'enquête

différents, spécialités médicales différentes, ... Cela favorise l'objectivité des données obtenues grâce à des positionnements différents des soignants dans leur adhésion au DPI et leur utilisation.

L'échantillon d'enquête est constitué de quatre cadres de santé, neuf infirmiers et deux kinésithérapeutes. Cette population représente cinq unités de soins réparties dans trois établissements de santé. D'après les propos recueillis dans les entretiens de recherche de terrains d'enquête, cette population constitue 2 cas d'études :

- Un cas d'étude avec un niveau d'adhésion au DPI plutôt élevé sur plusieurs services.
- Un cas d'étude avec un niveau d'adhésion au DPI relativement moyen, dont une comparaison entre un service dit « difficile » et un service avec un niveau d'adhésion standard.

8.2. Le guide d'entretien

Pour cette seconde série d'entretiens, j'ai construit un guide d'entretien proposant des questions semi-directives destinées à la population de cadres de santé et paramédicaux⁵. Chaque entretien a débuté par une présentation du parcours professionnel. Puis il a abordé chaque thématique en commençant par une question ayant pour but de développer des exemples d'expériences. Enfin, l'entretien s'est terminé par une question ouverte afin d'explorer des sujets non traités jusqu'alors. Concernant la structure du guide d'entretien, les guides destinés aux cadres et non-cadres sont différenciés pour la formulation de certaines questions mais les thématiques sont communes. Enfin, j'ai classé les questions en respectant les concepts principaux : co-construction - traduction de l'information - accompagnement - changement et en respectant l'ordre logique suivant :

Contexte général → exemple de terrain → questions centrées sur l'interrogé → questions centrées sur le rôle du cadre → questions centrées sur le changement et la mobilisation des compétences.

⁵ Cf annexe N°5 : Guide d'entretien N°2

8.3. Analyse transversale des entretiens

8.3.1. Contexte des entretiens

Contexte de réalisation des entretiens

Les 15 entretiens constituant le corpus de la recherche ont été effectués en présentiel. Afin de faciliter la compréhension de l'analyse du contenu des entretiens, l'ensemble des interviewés est cité selon un codage anonymisé. Le récapitulatif des entretiens réalisés est le suivant :

Tableau 4. Echantillon des interviewés

	Spécialité médicale	Interrogés
Unité de soins 1	Médecine - Gastro entérologie	CDS-U1 – IDE1-U1 – IDE2-U1
Unité de soins 2	Soins de Suite et Réadaptation	CDS-U2 – IDE1-U2 – IDE2-U2 – IDE3-U2
Unité de soins 3	Médecine - Néphrologie	CDS-U3 – IDE1&2-U3
Unité de soins 4	Plateau technique Rééducation	CDS-U4 – KINE1-U4 – KINE2-U4
Unité de soins 5	Médecine - Soins palliatifs	IDE1-U5 – IDE2-U5

Pour chaque entretien, j'ai pu interviewer les professionnels de santé dans un environnement calme et propice à la communication. Les interrogés se sont organisés pour être totalement disponibles et attentifs. Nous n'avons pas été interrompus durant les entretiens à l'exception de l'interrogé CDS-U3 qui a été sollicité à de nombreuses reprises pour résoudre des problématiques de service. Je n'ai pas seulement pris compte de l'échange verbal, j'ai complété l'analyse des propos recueillis par une observation des attitudes corporelles des interrogés. Il est à noter que l'entretien concernant les interviewées IDE1&2-U3 a fait l'objet d'une interview avec deux infirmières simultanément. Le cadre de santé m'a proposé de m'entretenir avec deux infirmières en même temps car la charge de travail ne permettait pas de

détacher les soignants trop longtemps. J'ai accepté la proposition et je me suis dit que ce nouveau format pourrait être intéressant, je me suis adapté aux impératifs des services de soins.

Contexte d'informatisation des unités de soins

Chaque interviewé a pu décrire son parcours professionnel et le contexte d'informatisation de son secteur de soins. Les 15 personnes interrogées ont toutes une expérience professionnelle garantissant des échanges contenant des exemples de situations significatives dans leurs unités de soins, c'est-à-dire de 2 à 25 années d'activité. Pour 14 d'entre elles, leur parcours professionnel est concentré au sein du même établissement de santé mais certaines ont pu manipuler plusieurs DPI différents.

L'ensemble des personnes interviewées exercent dans des secteurs de soins utilisant le dossier patient en version informatisée :

- Les unités de soins N°1 et N°3 utilisent le DPI-A depuis plus de 10 ans. Elles ont un haut niveau de ressources matérielles (postes informatiques nombreux, chariots mobiles adaptés) mais connaissent des problématiques de réseau WIFI assez fréquents. Un projet de changement du DPI est en cours. Le déploiement est prévu dans 1 an et demi environ, les équipes ne sont pas encore sollicitées pour y participer.
- Les unités de soins N°2 et N°4 utilisent le DPI-B depuis plus de 10 ans. Elles ont un niveau moyen de ressources matérielles (postes informatiques peu nombreux, chariots mobiles adaptés) et ne connaissent pas de problématiques de réseau WIFI particuliers. L'unité de soins N°4 ne possède pas de chariots mobiles intégrant de poste informatique. Un projet de changement du DPI est également en cours. Le déploiement est prévu dans 6 mois environ, les équipes commencent à être sollicitées pour y participer.
- L'unité de soins N°5 utilise le DPI-C depuis plus de 10 ans qui est identique au DPI-A mais avec une version et une stratégie d'utilisation et de mise à jour différente. L'unité de soins a un haut niveau de ressources matérielles (postes informatiques nombreux, chariots mobiles adaptés) et connaît des problématiques de réseaux WIFI fréquentes.

Pour l'ensemble des unités de soins interrogées, les soignants ont bénéficié d'une formation au DPI lors de son déploiement mais à partir de la phase post-déploiement il n'y a pas eu de formation dispensée par l'équipe DPI. La majorité des interviewés (10 sur 15) n'a

donc pas pu bénéficier de formation. Ils ont acquis leur expérience par eux même ou avec leurs collaborateurs durant les postes de travail. Les interrogés ayant bénéficié de formation initiale ont indiqué qu'il s'agissait d'un facteur favorisant leur appropriation du DPI mais que leur apprentissage s'effectue principalement par l'auto-formation au cours de l'utilisation.

Contexte d'utilisation du DPI

Les entretiens auprès des professionnels ont permis d'établir un état des lieux concernant l'utilisation du DPI, l'appétence des soignants envers leur DPI et l'investissement estimé du service en projets d'informatisation. Il est nécessaire d'effectuer cet état des lieux par unité de soins pour bien comprendre les enjeux de l'utilisation du DPI, les missions de chaque membre de l'équipe à ce sujet et les relations entre les personnes interrogées.

Unité de Soins N°1 - Gastro entérologie :

Le service appartient à un hôpital public de taille moyenne. Il est informatisé depuis plus de 10 ans avec le DPI-A. Ce service a été pilote pour l'informatisation de l'établissement, il a fait l'objet d'une co-construction entre l'équipe soignante et l'équipe DPI. L'équipe a été formée initialement au DPI et a maintenu une volonté de co-construire le DPI dans son évolution. À ce jour, il n'y a pas de référent DPI officiel dans le service mais la grande majorité des soignants maîtrise le DPI et y adhère. Les rapports avec l'équipe DPI sont peu fréquents. Concernant le cadre de santé, il a pris ses fonctions dans le service depuis 18 mois. Il accorde une place importante au DPI dans les organisations de soins. Il utilise le DPI quotidiennement et le maîtrise.

Unité de Soins N°2 – Soins de Suite et Réadaptation Locomoteur :

Le service appartient à un hôpital public de petite taille. Il est informatisé depuis plus de 10 ans avec le DPI-B. Ce service a été pilote pour l'informatisation de l'établissement et le cadre de santé était référent du projet. Le DPI-B a été l'objet d'une co-construction étroite entre l'équipe soignante, le cadre de santé et l'équipe DPI. L'équipe a été formée initialement au DPI et a maintenu une volonté de co-construire le DPI dans son évolution. À ce jour, les référents

DPI du service sont le cadre de santé et plusieurs infirmières dont l'interviewée IDE3-U2. La grande majorité des soignants maîtrise le DPI et y adhère. Les rapports avec l'équipe DPI sont fréquents notamment avec une référente paramétrage. Concernant le cadre de santé, il a pris ses fonctions dans le service depuis 12 ans. Il accorde une place importante au DPI dans les organisations de soins, il utilise le DPI quotidiennement et le maîtrise.

Unité de soins N°3 – Néphrologie, Rhumatologie et Dialyse Péritonéale :

Le service appartient à un hôpital public de moyenne taille, celui de l'unité de soins N°1. Il est informatisé depuis plus de 10 ans avec le DPI-A. Il a fait l'objet d'une co-construction initiale entre l'équipe soignante et l'équipe DPI mais cette co-construction s'est atténuée au fil des années. À ce jour, les évolutions du DPI sont rares. Il n'y a pas de référent DPI dans le service, la plupart des soignants maîtrise le DPI mais y adhère moyennement. Les rapports avec l'équipe DPI sont peu fréquents. Concernant le cadre de santé, il a pris ses fonctions dans le service depuis 6 ans. Il utilise rarement le DPI et considère que ses compétences sur le sujet restent à développer.

Unité de soins N°4 – Plateau Technique de Rééducation :

Le service appartient à un hôpital public de petite taille, celui de l'unité de soins N°2. Il est informatisé depuis plus de 10 ans avec le DPI-B. Il n'a pas réellement fait l'objet d'une co-construction étroite entre l'équipe soignante et l'équipe DPI. L'équipe a été formée initialement au DPI. Elle a partiellement maintenu une co-construction du DPI par quelques évolutions au fil des années. À ce jour, il n'y a pas de référent DPI officiel mais l'interviewé KINE1-U4 remplit ces missions. La plupart des soignants maîtrise le DPI mais n'y adhère que partiellement. Pour effectuer les transmissions, certains soignants utilisent le DPI et d'autres le format papier qu'ils trouvent plus pratique. Les rapports avec l'équipe DPI sont peu fréquents, principalement avec une référente paramétrage. Concernant le cadre de santé, il a pris ses fonctions dans le service depuis 30 ans. Il utilise rarement le DPI et considère que ses compétences numériques restent à développer. Il utilise principalement le format papier pour la planification des prises en charge de son équipe et les transmissions.

Unité de soins N°5 – Soins palliatifs :

Le service appartient à un hôpital privé de taille moyenne. Il est informatisé depuis plus de 10 ans avec le DPI-C., Il n'a pas fait l'objet d'une co-construction initiale entre l'équipe soignante et l'équipe DPI. Je n'ai pas pu savoir si l'équipe a été formée initialement au DPI. L'équipe a développé une volonté de co-construire le DPI au fil des années et les évolutions ont été nombreuses. À ce jour, le référent DPI du service est l'interviewée IDE2-U5. La totalité des soignants maîtrise le DPI et l'affectionne. Les rapports avec l'équipe DPI sont peu fréquents. Concernant le cadre de santé, il a pris ses fonctions dans le service depuis 6 mois. Il utilise le DPI quotidiennement et apprend encore à connaître les organisations de l'unité de soins.

À partir de cette description de chaque unité de soins, des propos recueillis et sur les attitudes non verbales observées au cours des entretiens, j'ai élaboré un récapitulatif sur les niveaux estimés d'informatisation des services, de compétences en utilisation du DPI et de l'investissement des équipes pour le DPI. Le résultat est différent de ce que m'avait rapporté les personnes sollicitées dans les entretiens de recherche de terrains d'enquête :

Tableau 5. Analyse du contexte des unités de soins interrogées

	Niveau d'informatisation	Compétences utilisation DPI	Investissement cadre de santé DPI	DPI co-construit	Attachement DPI
Unité de soins 1	Elevé	Elevé	Elevé	Oui	Elevé
Unité de soins 2	Elevé	Elevé	Elevé	Oui	Elevé
Unité de soins 3	Elevé	Elevé	Faible	Non	Faible
Unité de soins 4	Moyen	Moyen	Faible	Partiellement	Faible
Unité de soins 5	Elevé	Elevé	Moyen	Oui	Elevé

Des explications complémentaires sont nécessaires pour comprendre mon analyse de ce contexte :

- Le niveau d'informatisation est estimé en fonction des fonctionnalités de traçabilité informatique utilisées et de l'utilisation du papier restant. Le niveau est jugé élevé lorsqu'il n'y a presque plus d'utilisation du format papier.

- Le niveau de compétences en DPI est estimé en fonction de l'utilisation de l'ensemble des fonctionnalités du DPI, de l'adhésion des équipes et de la sollicitation des référents pour l'apprentissage des bonnes pratiques. Le niveau est jugé élevé lorsque le DPI est globalement maîtrisé et que les référents DPI ne sont pas fréquemment sollicités pour de l'apprentissage.
- Le niveau d'investissement du cadre de santé pour le DPI est estimé en fonction de son accompagnement auprès des équipes et de sa participation aux projets informatiques. Le niveau est jugé élevé lorsqu'il pratique un accompagnement de proximité quotidien et qu'il participe aux projets informatiques.
- Le taux de co-construction du DPI relève d'un état des lieux actuel et des évolutions récentes.
- Le niveau d'attachement du DPI est estimé en fonction du logiciel utilisé et de son taux de co-construction. Le niveau est jugé élevé lorsque l'équipe affectionne le DPI, qu'elle a participé à sa co-construction ou qu'elle exprime que le DPI utilisé est plus ergonomique que d'autres DPI connus.

Cet état des lieux constitue un préambule à l'analyse de contenu car il permet de mettre en évidence des différences et des similitudes dans l'utilisation du DPI par les équipes et des rôles du cadre de santé.

Dans un premier temps, je développerai les enjeux d'un DPI co-construit pour l'équipe soignante et le cadre de santé. Puis j'effectuerai un focus sur les rôles du cadre de santé pour l'investissement de son équipe à faire évoluer le DPI. Dans une dernière partie, j'exposerai en quoi l'équipe lutte contre ses vulnérabilités face au DPI pour être levier à leur autonomisation.

8.3.2. La co-construction du DPI, un révélateur de l'engagement à son évolution ?

Pour comprendre en quoi le fait qu'un DPI co-construit joue un rôle majeur dans l'adhésion des équipes à celui-ci, je vais tout d'abord développer le cas d'un DPI co-construit dans une unité de soins et le cas d'un DPI non co-construit. Puis, je vais m'attarder sur une unité de soins où la co-construction a été progressive.

En premier lieu, les sociologues Foudriat (2013, 2019), Bernoux et Gagnon (2009), Barreyre (2019) et Callon et Latour (2016) définissent la co-construction comme un processus basé sur la collaboration, la participation active et l'échange d'idées entre les différents acteurs. Le but principal de la co-construction est de garantir la participation et la responsabilisation de tous les acteurs concernés. On retrouve trois composants influençant la co-construction à savoir, la pluralité des points de vue des membres de l'équipe, l'apprentissage collectif des changements cognitifs et les jeux de pouvoir entre participants.

Les cas étudiés de DPI co-construits et non co-construits permettent d'illustrer en pratique ces notions.

8.3.2.1. Les cas de DPI co-construits

Le cas le plus représentatif d'un DPI co-construit est celui de l'unité de soins N°2 en Soins de Suite et Réadaptation Locomoteur. Pour l'informatisation de l'établissement, la construction du DPI s'est effectuée en collaboration avec l'ensemble des sept services de la structure, les référents soignants DPI et l'équipe informatique. Les cadres ont participé aux ateliers de co-construction avec les équipes et les secrétaires. Après son déploiement, la co-construction du DPI s'est poursuivie par de nombreuses réunions de services entre les référents et les équipes. Le CDS-U2 a indiqué qu'il avait créé un cahier regroupant les demandes d'évolution émanant des équipes, le recensement des problèmes informatiques et les demandes d'aide à l'utilisation du DPI. Ce document a permis de suivre l'évolution du DPI, les demandes refusées en cas d'impossibilité technique et l'accompagnement des personnes ressources extérieures au service.

L'unité de soins N°1, en gastro entérologie, a également co-construit le DPI. Ce service a été pilote pour l'informatisation de l'établissement. L'équipe a maintenu une volonté de co-construire le DPI-A par ses évolutions depuis plus de 10 ans afin qu'il soit adapté aux pratiques de la gastro entérologie (transmissions ciblées, protocoles, surveillances spécifiques, ...).

Exemples de co-construction d'évolutions du DPI

L'équipe soignante de l'unité de soins N°2 en SSR a donné quelques exemples d'évolutions récentes du DPI faisant l'objet d'une co-construction réussie.

L'interrogée IDE1-U2 a expliqué le paramétrage d'une surveillance de compléments alimentaires dans le DPI. Cet exemple est la preuve d'une co-construction car il y a eu un temps d'échange entre les soignants et le cadre de santé avant la formulation de la demande. Les spécifications de la demande ont été transmises par le cadre après délibération auprès de l'équipe informatique. Lorsque l'évolution a été appliquée, elle a été immédiatement intégrée par l'équipe. Ce fut une petite évolution mais qui a généré de la satisfaction pour l'équipe.

L'interviewée IDE3-U2 a évoqué la création de protocoles d'entrée. Cette évolution du DPI, grâce aux connaissances de l'équipe des possibilités du logiciel, a permis de standardiser les pratiques pour chaque patient et de gagner du temps : « *avec ce protocole, c'est beaucoup plus rapide et tout le monde fait la même chose pour tous les patients* » (IDE3-U2-3, 1.66). Dans un premier temps, un groupe de travail constitué d'infirmières et d'aides-soignantes et a été instauré par le cadre de santé : « *on a travaillé entre nous, on en a discuté [...] Donc en parlant bêtement on se disait "qu'est-ce qu'on perd comme temps à devoir cliquer ça comme ça comme ça" et notre cadre a pensé au protocole* » (IDE3-U2-3, 1.70). Puis le groupe a soumis les protocoles dans les autres unités de soins pour uniformiser les pratiques dans plusieurs services. Une fois finalisé dans sa conception, le protocole a été transmis au référent paramétrage.

Cette démarche de co-construction dans tout un établissement permet de vérifier le fait que la co-construction des évolutions du DPI peut avoir un effet de levier pour l'amélioration des organisations institutionnelles. Le soignant peut se servir de ses compétences en DPI pour agir sur l'organisation. Pour l'infirmière IDE3-U2, cet investissement est une source de motivation perpétuelle : « *Il faudrait que l'on crée des groupes de travail entre services pour continuer à créer des choses sur le DPI-B et à continuer à s'investir. Quand on s'est rencontré avec les autres services, ça nous a permis de nous rendre compte qu'il y a des pratiques qui peuvent être uniformisées ; des prises en charge qui peuvent être similaires* » (IDE3-U2-15, 1.225). Cet exemple exprimé par l'interrogée fait écho à la flexibilité cognitive définie par Foudriat (« *la conscience que dans chaque situation, il y a des options et alternatives, à la tendance et l'efficacité à être flexible et à s'adapter en situation* », 2019). Cette flexibilité, cette curiosité intellectuelle a permis au service de SSR locomoteur d'acquérir des compétences en DPI mais également de développer un certain pouvoir d'agir en dehors de leur service pour proposer des solutions innovantes de protocoles standardisés, et d'engager de nouvelles relations avec les soignants des autres unités afin d'améliorer les pratiques de soins qui n'étaient plus adaptées.

On retrouve dans ces exemples les trois composantes influençant positivement la co-construction, à savoir :

- La convergence des points de vue dans chaque réunion de travail entre infirmiers et aides-soignants (protocole d'entrée, surveillance alimentaire, ...).
- Les changements cognitifs dans la proposition de standardiser les prises en charge des entrées dans les autres services que l'unité de soins N°2.
- La participation du cadre de santé à la délibération au même titre que tout membre de son équipe, notamment pour l'informatisation de la feuille de surveillance alimentaire.

D'autre part, l'interviewé IDE2-U1 a indiqué que sa mobilité durant son parcours professionnel lui a permis de comparer les niveaux d'informatisation des unités de soins et de l'utilisation du DPI. Cela l'a aidé car il a été l'auteur de propositions pour des évolutions du DPI auprès de ses collègues et de sa cadre : *« je pense que ça m'a permis d'apporter des expériences dans mon service actuellement auprès des collègues en disant que « dans ces services-là, ils ont fait comme ça, ils ont rajouté ça, ils se sont organisés comme ça » (IDE2-U1-6, l. 96).* J'en conclus que la pluralité des expériences sur les terrains d'exercices est un élément supplémentaire pour faciliter la co-construction du DPI et la collaboration entre les soignants.

Co-construction et attachement au DPI

Ensuite, les entretiens réalisés dans ces services de soins ont permis de mettre en évidence qu'un DPI co-construit implique une certaine forme d'attachement pour les soignants. L'outil informatisé est le fruit de leur investissement commun. Les équipes mettent à profit les avantages du DPI pour améliorer les prises en charge de leurs patients.

L'utilisateur IDE1-U1 a indiqué qu'il apprécie le DPI. Il juge qu'il est complet et ergonomique, il aide le soignant à raisonner et à suivre son secteur de soins : *« Je trouve que le DPI est bien complet, à tout niveau : transmissions ciblées, prescriptions, constantes, observations, traçabilité des dispositifs, on a tout pour faire les recueils de données » (IDE1-U1-3, l. 67).* Le DPI permet de sécuriser la qualité de la traçabilité des soins, d'améliorer et de standardiser les prises en charge. Selon lui, le DPI permet d'effectuer des transmissions rationalisées de meilleure qualité. Il permet également l'accès instantané aux informations.

Pour l'interrogée IDE1-U2, l'avantage du DPI est l'exhaustivité de l'information et également sa facilité d'accès. Le support papier présente un risque de perte d'information dû à la multiplicité des supports de type classeur.

Pour le CDS-U2 et le CDS-U1, l'informatique permet de gagner en uniformisation et en temps de saisie : « *L'informatique, pour moi, c'est quelque chose de pratique, de propre* » (CDS-U1-28, l. 249). Le fait de cocher les actes et les surveillances induit que chaque personne trace de la même façon. Cela permet aussi de réduire les erreurs de saisie d'administration des thérapeutiques car la lecture des prescriptions est facilitée : « *J'ai connu le papier : on avait du mal à lire le médecin, on avait du mal à lire un chiffre, et on commettait des erreurs* » (CDS-U1-28, l. 251). Les prescriptions papier étaient difficilement lisibles et parfois spécifiques au médecin. L'informatisation permet de rationaliser les données : prescriptions, transmissions, surveillances ... et d'éviter les pertes d'information. Il permet également de sécuriser les prises en charge par des protocoles ou systèmes d'alerte que le papier ne peut pas proposer.

L'ensemble des équipes est donc convaincu par les bénéfices que peut apporter l'informatique pour la qualité de leur prise en charge des patients et pour la communication entre les professionnels de santé.

Co-construction et traçabilité des soins

Les entretiens ont pu montrer que les équipes ayant co-construit un DPI ont maintenu ce processus co-constructiviste pour améliorer la qualité de la traçabilité des soins. Cet élan est dirigé par le cadre de santé, il impulse à son équipe une dynamique d'échange pour évaluer ses pratiques et pour développer les savoirs.

Pour travailler des évolutions dans l'unité de soins N°1 (gastro entérologie), le CDS-U1 a procédé par des travaux de groupe avec à leur tête des référents experts du métier et de la prise en charge. Lorsqu'une fonctionnalité du DPI n'est pas exploitée, le CDS-U1 informe son équipe de la possibilité d'optimisation de la traçabilité. Cela pousse à un processus co-constructif car les infirmiers échangent entre eux pour parvenir à une convergence des points de vue sur la méthodologie de traçabilité. L'objectif étant que le DPI soit adapté aux pratiques de soins et aux organisations : « *on surveille les cathéters on les trace, la sonde vésicale c'est pareil. Avec l'équipe j'ai dit que cela fera l'objet de la prochaine réunion du mardi. J'en ai discuté constructivement. Cela concernait 2-3 infirmiers. Ils étaient transparents. Ils ont dit,*

c'est vrai, on sait qu'il y a une sonde, mais on ne les trace pas. On peut s'améliorer. Les infirmiers m'ont dit qu'ils en discutent entre eux. » (CDS-U1-17, l. 150).

Par ailleurs, l'interrogé IDE1-U1 a souligné qu'il a été sollicité par le cadre de santé pour participer aux audits de traçabilité. Cela permet de s'autoévaluer sur les pratiques et d'améliorer la qualité de la saisie informatisée. Cela permet également de créer des temps d'échange informels entre collaborateurs pour trouver des solutions d'optimisation de prise en charge grâce aux éléments tracés. Il prend exemple sur l'amélioration de la traçabilité de la douleur grâce aux audits effectués : *« entre nous on se disait il faut faire plus attention à ça, je sais qu'au niveau de la douleur on n'était pas très bon. On ne la retraçait pas à midi même si on le demandait donc c'était considéré comme non évalué. Maintenant le midi tout le monde trace la douleur » (IDE1-U1-8, l. 135).*

Les propos des interviewés IDE1-U1, CDS-U1 et IDE2-U1 rappellent les notions d'engagement d'un cadre de santé dans un processus co-constructiviste. Les représentations chez les équipes montrent qu'ils attendent de leur cadre de convaincre chaque personne pour faire évoluer les comportements. La ligne de conduite du cadre adopte bien le respect du point de vue de chacun dans les délibérations à venir pour améliorer la traçabilité dans le DPI.

En conclusion, les personnes interrogées dans les unités de soins N°1 et N°2 ont démontré que co-construire un DPI est un facteur déterminant pour que l'outil informatique réponde aux demandes des équipes, pour qu'il soit adapté aux pratiques quotidiennes et pour que les professionnels de santé développent un sentiment d'attachement au logiciel. L'engagement du cadre de santé dans ce processus est également un facteur déterminant. En conséquence, les équipes maintiennent ce processus co-constructif pour l'amélioration de l'utilisation du DPI, s'investissent pour le faire évoluer et mettent à contribution leurs compétences pour améliorer les organisations au-delà de leur secteur de soins. Le cadre de santé CDS-U2 a résumé l'intérêt de cet investissement en indiquant que son but est d'améliorer le DPI pour qu'il réponde aux pratiques quotidiennes, aux critères de qualité des soins, et qu'il permette d'harmoniser les pratiques.

8.3.2.2. Les cas de DPI non co-construits

Les entretiens ont révélé que les unités de soins N°3 et N°4 n'ont pas fait l'objet d'un DPI co-construit sur le long terme.

L'unité de soins N°3 de néphrologie a connu la mise en place du DPI-A depuis 10 ans. L'équipe a été formée au logiciel mais n'a pas été sollicitée pour co-construire le DPI avec l'équipe informatique. De plus, le cadre de santé CDS-U3 a indiqué que depuis sa prise de fonctions dans le service, soit depuis 6 ans, très peu d'évolutions du DPI ont été réalisées.

Dans l'unité de soins N°4, un plateau technique de rééducation, le DPI-B est en place depuis plus de 10 ans également. Le cadre de santé CDS-U4 et le kinésithérapeute KINE1-U4 ont indiqué qu'ils ont bénéficié d'une formation initiale au logiciel mais n'ont pas été sollicités pour le co-construire. Il en résulte qu'une partie de leur activité de soins n'a pas de module de traçabilité adapté comme les bilans de rééducation qui ne sont pas paramétrés et qui représentent la majeure partie de l'activité à retranscrire dans le DPI. Depuis l'informatisation du service avec le DPI-B, une partie de l'équipe a co-construit uniquement la partie du DPI concernant la traçabilité des actes.

Processus co-constructif non ancré

Le cadre de santé CDS-U3 de néphrologie a mentionné l'informatisation d'une feuille de surveillance alimentaire mais elle n'a pas fait l'objet de co-construction. Il n'y a pas eu de réunion d'échange ni d'expression des besoins. Le cadre a demandé à l'équipe informatique de copier une fiche informatisée utilisée dans un autre service : « *Je me suis servi d'un service qui avait déjà une feuille de suivi j'ai demandé qu'on me la mette directement sur le DPI-A* » (CDS-U3-4, l. 79). L'appropriation de l'équipe à cette fiche n'est pas connue. Le cadre de santé prévoit un projet de co-construction des transmissions ciblées avec l'équipe car elles ne sont pas spécifiques aux pratiques. Il a indiqué vouloir créer un groupe de travail, il reste à engager le projet pour uniformiser les pratiques et apporter une aide à la saisie informatique. Le but de l'optimisation des transmissions ciblées est l'utilisation d'un langage commun et l'amélioration quantitative et qualitative des transmissions.

Je n'ai pas noté de volonté du cadre de santé à s'inscrire dans un processus de co-construction pour le DPI. Les infirmiers interrogés n'ont pas exprimé de propos en ce sens. Ils utilisent le

DPI avec détachement. En somme, les interviewés IDE1-U3 et IDE2-U3 ont indiqué que depuis plusieurs années, le service n'a pas participé aux évolutions du DPI et n'a pas formulé de propositions d'amélioration.

Freins à la co-construction

Pour l'unité de soins N°4, l'informatisation du plateau technique de rééducation est partielle : l'équipe utilise le DPI pour effectuer des transmissions, accéder au dossier médical et effectuer la traçabilité des actes pour le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le reste des outils de traçabilité comme les bilans de rééducation ou les observations sont au format papier.

Le cadre de santé CDS-U4 est chargé de la création des plannings de rendez-vous des patients au plateau technique permettant l'organisation de la journée de chaque professionnel et de sa charge de travail. Cette tâche représente une part importante de son temps de travail. Il a tenté l'informatisation de ces plannings qui s'est soldée par un échec. Un groupe de travail composé du cadre, du cadre supérieur de santé et du référent en charge du paramétrage a travaillé sur cette possibilité d'évolution. Les raisons de cet échec indiquées par l'interviewé sont le fait que ce planning doit être modifié très régulièrement du fait du nombre important de patients pris en charge et des aléas du quotidien. Donc cela nécessite une coordination permanente pour la mise à jour qui n'a pas pu se mettre en place : « *On ne pouvait pas le rentrer en direct et le modifier donc ça a demandait un temps fou. Donc il fallait d'abord le rentrer sur le papier puis le rentrer sur le DPI-B donc c'était en deux temps, c'était un travail de secrétariat* » (CDS-U4-2, 1.17). L'interrogé a indiqué que pour qu'un outil soit utilisé il faut qu'il soit ergonomique et adapté aux pratiques : « *je dis toujours un outil ça doit toujours être utile, utilisable et utilisé, si on n'a pas les 3U... c'est bien beau d'avoir un outil informatisé* » (CDS-U4-2, 1.121). Ce n'était pas le cas du planning informatisé, selon l'interviewé, il n'était pas modifiable et visualisable rapidement par chacun et il ne permettait pas d'anticiper la charge en soins. Enfin, l'interrogé a relevé que ses outils papiers actuels sont perfectibles car non esthétiques mais qu'il préfère utiliser le format papier pour sa rapidité d'utilisation.

Je n'ai pas relevé de volonté d'engagement du cadre de santé dans un processus de co-construction du DPI avec ses équipes. Pourtant, des membres de l'équipe ont participé à une co-construction d'une partie du DPI. L'interviewé KINE1-U4 a participé aux réunions de

construction des nomenclatures du PMSI avec le médecin référent PMSI et la secrétaire en charge du paramétrage.

La co-construction s'est effectuée en trois étapes :

- Une première mise au point des demandes avec les autres référents.
- Des temps d'échange entre collaborateurs pour délibérer sur les nomenclatures à définir afin qu'elles soient comprises de tous.
- Un temps de validation et de paramétrage avec les autres référents.

Le cadre de santé n'a pas participé à ce projet d'évolution du DPI. L'interrogé n'a pas conscience que le DPI actuel a les capacités techniques pour permettre une co-construction d'évolutions afin de répondre aux besoins de traçabilité des bilans de rééducation. L'interviewé KINE1-U4 connaît les avantages que pourrait avoir l'informatisation des bilans de rééducation pour le suivi des patients mais a indiqué que le processus de co-construction était lourd et que cela nécessitait un DPI ayant la possibilité fonctionnelle de le faire : *« c'est vrai que ça sera difficile à mettre en place ou alors il faudrait un bon outil informatique qui serait très efficace, on aurait un formulaire ou un tableau à remplir tout simplement. Mais il y a beaucoup de bilans à informatiser »* (KINE1-U4-16, l.199). Ceci est probablement dû au manque de transmissions des informations entre collaborateurs (la collaboratrice KINE2-U4 a utilisé le même DPI dans une autre structure avec des bilans de rééducation informatisés co-construits) et au fait que le projet d'informatisation des bilans n'est pas accompagné ou impulsé par l'encadrement.

Dans l'unité de soins N°4, les comportements des soignants rappellent les propos de Foudriat concernant les freins à la co-construction (2019). Il évoque certains schémas cognitifs et modes de raisonnement freinant le processus de co-construction et l'aboutissement à des compromis. Ces schémas ont conduit à :

- Interpréter toujours de la même façon les événements comme les difficultés rencontrées dans les tâches de traçabilité informatique quotidienne pour les rendez-vous.
- Ne pas tenir compte de la complexité de certaines organisations comme la mise en place d'ateliers de co-construction du DPI pour des évolutions importantes.
- Persévérer à défendre les mêmes points de vue sans proposer de variantes ou de traductions comme pour l'attachement au format papier malgré ses limites.

Indifférence et désengagement

On remarque que les avantages du DPI mentionnés par les interviewés des unités de soins N°3 et N°4 sont identiques et rationnels : sécurisation des données, archivage et accès à l'information : « *Le bénéfice c'est l'aspect confidentiel par rapport au papier. Il y a aussi le stockage* » (KINE1-U4-15, l. 193), « *mais c'est vrai que tout n'est pas encore informatisé et donc il y a des pertes d'informations* » (CDS-U3-18, l. 207). Ces notions ne sont pas significatives d'un attachement au logiciel ou à l'adhésion de celui-ci. Les interrogés y voient une sécurité de traçabilité et ne perçoivent pas les bénéfices que peut induire un DPI dans le suivi médical du patient en facilitant le diagnostic ou en améliorant la qualité de prise en charge. Les infirmières IDE1-U3 et IDE2-U3 ont indiqué qu'ils manipulent un grand nombre de logiciels dans leur spécialité en dialyse péritonéale. Le point central de l'ensemble des logiciels est le DPI car il synthétise les suivis et les prises en charge. L'interopérabilité des outils informatiques est donc essentielle pour le suivi efficace du patient.

Les modes de fonctionnement des unités des soins N°3 et N°4 ont montré qu'un DPI qui n'est pas co-construit n'est pas utilisé à son plein potentiel. Les soignants utilisent le DPI sans en percevoir l'étendue des fonctionnalités permettant d'améliorer la qualité de la traçabilité de soins et les bénéfices qu'ils pourraient en tirer pour optimiser leur organisation de travail. Par ailleurs, dans ces services le cadre de santé ne s'engage pas avec ses équipes dans un processus de co-construction. On en conclut que le rôle du cadre est essentiel pour conduire la co-construction des outils informatisés et créer un sentiment d'appartenance vis-à-vis du DPI. Cela a un impact pour l'organisation des structures de soins car l'interrogée IDE1-U2 a indiqué que la liaison avec des services utilisant encore le support papier n'est pas optimale, que des informations ne sont pas transmises ou transmises trop tard et donc que cela présente un impact négatif sur la prise en charge du patient : « *Mais avec le papier il y avait parfois des manques d'information et de traçabilité. Ça peut être néfaste pour le patient. On a ce problème avec la rééducation. Bien souvent on n'a pas les transmissions de ce qui est fait avec les kinés* » (IDE1-U2-9, l. 103).

En interrogeant des unités de soins ayant co-construit le DPI et d'autres unités où il n'y a pas eu un tel processus, on a pu constater que le fait de co-construire le DPI est révélateur d'un investissement du cadre de santé pour développer la qualité de la traçabilité des soins, la

communication de son équipe et l'adhésion pour l'outil informatisé. Il en ressort que dans ces cas, les soignants témoignent d'un attachement à leurs outils de soins informatisés et de compétences développées à l'utilisation du DPI qu'ils mettent à profit pour faire évoluer les prises en charge et les pratiques. Mais l'enquête empirique a révélé un cas particulier pouvant remettre en question ce constat.

8.3.2.3. Le cas d'une co-construction progressive et engagée

L'unité de soins N°5 de soins palliatifs est presque totalement informatisée. Le DPI-C est en place depuis plus de 10 ans et il n'a pas été co-construit lors de son déploiement. Ce service a connu plusieurs changements de cadre de santé au cours de ces dernières années. Le cadre de santé actuel est en fonction depuis moins d'un an. Malgré ce contexte, l'équipe a développé une volonté de co-construire le DPI au fil des années afin d'avoir un outil adapté à la prise en charge palliative du patient et de sa famille. Les évolutions ont été nombreuses et l'outil est aujourd'hui totalement adapté aux pratiques.

Développement de la co-construction

L'interviewée IDE2-U5 a indiqué que l'équipe a travaillé récemment sur l'élaboration de protocoles de soins palliatifs anticipés. Ce sont des protocoles de prises en charge globale du patient qui peuvent être déclenchés à l'initiative de l'infirmière sous la prescription anticipée d'un médecin. Elle a indiqué que ces protocoles informatisés ont amélioré la prise en charge du patient et l'organisation du service. Ces protocoles ont été travaillés en équipe et transmis par le cadre de santé au service informatique : *« c'est avec nous, on l'a fait ensemble, nous on a demandé en fait parce qu'on a un souci, on appelle le médecin de garde, on n'a personne à l'autre bout du téléphone, il est 2h du matin, en infirmier, on est tout seul la nuit, on doit gérer une détresse respiratoire. Enfin, qu'est-ce qu'on fait ? Donc on a demandé des protocoles d'anticipation »* (IDE2-U5-3, 1.87). L'interrogée IDE1-U5 a développé cet exemple de co-construction pour une évolution du DPI concernant des protocoles anticipés au sujet de la douleur : *« C'est une demande que nous-mêmes on a faite. »* (IDE1-U5-8, l. 173). Le besoin était de créer des processus thérapeutiques selon les états de santé du patient à n'importe quel moment de la journée afin d'apporter de l'autonomie à l'équipe paramédicale : *« Ce protocole a*

répondu à nos attentes » (IDE1-U5-8, l. 179). Ces protocoles informatisés standardisés ne rompent pas la communication autour des décisions thérapeutiques puisque l'interrogée a indiqué que ces protocoles font l'objet de discussions entre médecins et infirmières pour leur amélioration. Tout changement de l'état de santé d'un patient est communiqué, les protocoles d'anticipations permettent d'effectuer les soins avant les transmissions. Cela permet d'augmenter l'autonomie des équipes.

Ensuite, l'équipe a travaillé en co-construction sur des transmissions spécifiques aux soins palliatifs. Je n'ai pas d'information sur la méthode de co-construction. Par ailleurs, l'équipe s'est totalement approprié l'outil de transmissions du DPI et cela représente un pilier dans leur organisation de travail : *« en tout cas nous, comment on a travaillé nos transmissions, je pense qu'on a les meilleures transmissions de l'établissement, je m'envoie des fleurs, mais honnêtement nos dossiers sont béton. On cible beaucoup, on transmet beaucoup »* (IDE2-U5-16, l.267).

Aujourd'hui ces évolutions représentent un gain important pour les prises en charge, l'équipe y adhère et elle est satisfaite. On peut en conclure que certaines évolutions du DPI permettent de développer l'autonomie des équipes et leur motivation au sein d'un groupe à améliorer les pratiques en continu.

Appropriation et attachement

Les interrogés ont transmis un fort niveau d'attachement au DPI. Ils y trouvent de nombreux avantages à l'informatisation des outils de traçabilité et apprécient leur logiciel en particulier.

L'interviewée IDE2-U5 a indiqué que le DPI présente des avantages dans tous les aspects de la traçabilité et du suivi des patients par rapport au format papier, mais que cela nécessite les moyens matériels nécessaires pour son utilisation à bon escient et son adhésion. Le plus grand avantage, selon elle, est la rationalisation des transmissions et des prescriptions : *« plus on ne se comprend pas quand on écrit les unes les autres en papier. L'informatique ça permet une bonne lisibilité »* (IDE2-U5-15, l. 257). Le système d'information permet à chacun d'utiliser les mêmes outils et les mêmes nomenclatures pour désigner une action. Pour l'IDE1-U5, l'avantage du DPI est la recherche d'informations qui est beaucoup plus rapide que sur le papier. Par ailleurs, le DPI apporte une automatisation de certaines traçabilités, comme l'horodatage qui

représente une sécurité pour le professionnel et le suivi des patients. Elle est très attachée au DPI. L'informatique est très pratique selon elle : « *Non mais l'informatique on est content, c'est top, c'est bien pratique* » IDE1-U5-13, l. 260).

Le cas du service N°5 renvoie à la notion de convergence des distances cognitives décrite par Foudriat (2019, p. 53). Il décrit la convergence comme « *une transformation des points de vue de différents acteurs concernés par une situation-problème ou par un projet* ». La spécificité de la prise en charge palliative implique un mode de raisonnement commun au sein de l'équipe comme le fait de prioriser la conservation d'une qualité de vie par rapport aux soins techniques. C'est-à-dire que selon les situations personnelles ou un contexte organisationnel favorisant comme la cohésion d'équipe perçue dans le service, l'acquisition d'un point de vue commun par les soignants est possible. C'est ce qui a permis l'acceptation de la nécessité de changements organisationnels et le démarrage de processus de co-construction a posteriori du déploiement du DPI.

En conclusion, cette analyse montre que malgré l'absence de co-construction lors du déploiement du DPI, l'équipe de l'unité de soins a réussi à développer des processus de co-construction ultérieurement, notamment pour les protocoles de soins palliatifs anticipés et les transmissions spécifiques aux soins palliatifs. Le DPI est largement apprécié par l'équipe qui y trouve de nombreux avantages pour la traçabilité et le suivi des patients. Le cadre de santé, ayant pris ses fonctions récemment, n'a pas participé aux projets de co-construction du DPI mais il soutient l'équipe dans cette démarche et s'investit dans le DPI dans la transmission des problématiques et des informations. La co-construction est donc un marqueur d'investissement de l'équipe soignante et/ou du cadre de santé pour le développement et l'optimisation des outils de traçabilité informatiques.

Cheminement de la pensée :

Dans cette première partie, j'ai pu m'apercevoir que la co-construction d'un DPI permet l'attachement des équipes aux outils informatiques. Cela favorise la communication au sein des équipes, le développement des compétences numériques et la qualité de la traçabilité des soins. L'investissement du cadre de santé pour favoriser ce processus de co-construction est important. Mais l'enquête de terrain montre que certains services révèlent qu'une co-

construction ne fait pas acte d'un attachement au DPI, et à l'inverse que le processus de co-construction et d'adhésion au DPI n'est pas systématiquement initié par le cadre de santé.

Pour le cadre de santé, la co-construction n'est certainement qu'un facteur inclus dans un système plus complexe pour parvenir à l'adhésion des équipes.

8.3.3. Le cadre de santé, un motivateur pour l'investissement autour du DPI

L'enquête empirique a montré en quoi le cadre de santé est un motivateur pour l'investissement de ses équipes à faire évoluer le DPI. Tout d'abord, je développerai l'accompagnement de proximité qu'effectue le cadre de santé, puis je mettrai en évidence son rôle de relai au sein d'une organisation et enfin j'aborderai l'acculturation au changement qu'inculque le cadre de santé à ses équipes.

8.3.3.1. Par l'accompagnement de proximité

La plupart des interviewés a exprimé le fait que le cadre de santé avait pour mission d'accompagner son équipe pour résoudre leurs problématiques et répondre à leurs besoins. Dans le cadre du DPI et de son utilisation au quotidien, le type d'accompagnement possède des caractéristiques spécifiques.

Utilisation efficiente du DPI et résolution des problématiques

Tout d'abord, les interrogés ont déclaré que le rôle principal du cadre de santé dans l'accompagnement de ses équipes est celui d'une proximité pour les bonnes pratiques d'utilisation du DPI et pour résoudre les problématiques.

Le cadre de santé CDS-U1 joue un rôle d'accompagnement de proximité auprès de ses équipes. Il s'agit de résoudre les problématiques du quotidien comme l'amélioration de l'utilisation de fonctionnalités ou de résolution des erreurs techniques. Par sa connaissance du DPI, il a également un rôle d'apprentissage des bonnes pratiques : *« j'adhère complètement à la culture de la non-sanction et à l'instauration d'une relation de confiance, et de*

l'accompagnement des professionnels. La première mission du cadre pour moi, c'est l'accompagnement et comment je fais adhérer aux outils. Si j'ai fait cadre, c'est pour ces choses-là comme la gestion du risque, la qualité et la sécurité du patient, mais surtout pour l'accompagnement des professionnels » (CDS-U1-21, l. 190). Il prodigue régulièrement des conseils d'utilisation ou recadre les professionnels en cas de manquement de traçabilité par des entretiens informels individuels : *« je me suis dit, en tant que cadre, il faut partir du principe que si elle ne le fait pas, c'est qu'elle ne sait pas »* (CDS-U1-16, l. 132). La détermination du cadre CDS-U1 à accompagner ses équipes est attestée par l'interviewé IDE1-U1 qui a indiqué que le cadre avait un rôle d'écoute pour les problèmes et de contrôle de la qualité des traçabilités. En cas de problématique détecté dans le DPI pouvant aboutir à une évolution des pratiques de traçabilité, le cadre de santé permet d'être facilitateur d'échanges au sein du service.

L'interrogé CDS-U2 a corroboré les propos du CDS-U1 car il a déclaré que le cadre avait un rôle d'accompagnement de proximité pour inculquer l'informatisation des outils de soins (transmissions, agendas, surveillances, ...). Sa maîtrise du DPI lui a permis d'indiquer comment bien faire mais aussi d'effectuer la saisie des données en soutien de ses collaborateurs : *« si quelqu'un me demande comment on fait ci ou comment on fait ça, il n'y a pas de problème »* (CDS-U2-19, l. 188). Le fait de saisir informatiquement en présence des collaborateurs a permis de montrer que la saisie informatique présente des avantages de récupération de l'information mais surtout que c'est possible malgré le manque de compétences informatiques initiales : *« J'ai continué à le faire pour les accompagner mais petit à petit je les ai laissés autonomes »* (CDS-U2-6, l. 86).

Les compétences en utilisation du DPI s'apprennent comme on apprend un soin. Les soignants de l'unité de soins N°2 sont en accord avec l'accompagnement proposé par le cadre CDS-U2. L'interviewée IDE2-U2 a indiqué que le rôle du cadre est de les accompagner dans l'utilisation du DPI. Son accompagnement consiste à être une aide aux bonnes pratiques et à ce que les dossiers soient complets. Il conseille surtout les nouveaux arrivants dans le service, il est une aide à la saisie et il répond aux questionnements de son équipe.

Pour l'unité de soins N°3, le cadre CDS-U3 ne pratique pas un accompagnement de ses équipes aussi prononcé, il s'oriente sur certains axes précis. Le cadre CDS-U3 a indiqué qu'il conduit les nouveaux arrivants ou les personnes en demande vers des formations à l'utilisation du DPI ou vers des infirmiers maîtrisant l'outil. Il n'applique pas d'accompagnement de proximité journalier sur l'utilisation du DPI. Il a indiqué ne pas avoir les connaissances suffisantes pour pouvoir aider : *« moi personnellement l'utilisant peu, je peux dire certaines*

choses mais je pense qu'il y a des infirmières plus formées que moi » (CDS-U3-9, l. 117). Concernant les interviewés IDE1-U3 et IDE2-U3, ils ont déclaré néanmoins que le rôle du cadre est de les accompagner pour bien utiliser le DPI. Le cadre n'a pas une connaissance aussi fine que les infirmiers mais son regard spécifique est une aide pour apporter une qualité de traçabilité. Il aide aussi les équipes à rechercher des informations dans les dossiers lorsqu'il y a une problématique avec les patients ou les familles : *« rechercher l'information des fois quand il y a un problème avec un patient, un problème de relation ou avec une famille. Il retrouve les numéros de téléphone il nous en informe »* (IDE1&2-U3-10, l. 150). D'autre part, les interrogées ont indiqué recevoir de l'aide d'une cadre supérieure experte en DPI pour optimiser leur traçabilité en termes de transmissions ciblées. Cette expertise externe est bien perçue par l'équipe car cela leur permet d'échanger facilement et d'améliorer leurs pratiques.

Enfin, pour l'unité de soins N°4, l'interrogée KINE2-U4 a exposé la démarche d'accompagnement dans son ancien secteur de soins auprès des équipes pour utiliser efficacement toutes les fonctionnalités du DPI (transmissions, bilan de rééducation, PMSI, ...). Elle a indiqué que dans son unité de soins actuelle, il n'y a pas de référents ni de démarche d'accompagnement dans l'appropriation du DPI. Cela peut expliquer le faible niveau d'informatisation du service. L'organisation a la possibilité d'avoir les moyens d'augmenter l'informatisation du service grâce au référent DPI en charge du paramétrage. Il s'agit ici des enjeux de l'informatisation des outils de traçabilité à discerner par le cadre de santé et par l'équipe soignante. L'attitude non verbale de l'interviewée (agitation motrice, mouvements des épaules, hésitations, sourire gêné) a révélé qu'elle pense que le cadre de santé n'a pas de rôle identifié par rapport au DPI. Elle a indiqué la nécessité qu'il ait des compétences à l'utilisation du DPI pour pouvoir accompagner l'équipe et les étudiants pour la pratique d'une traçabilité de qualité. Elle a sous-entendu que ce n'est pas le cas : *« c'est vrai que tout était informatisé. Il y avait 2 ou 3 personnes qui nous accompagnaient pour nous montrer comment faire pour tracer les bilans et faire des transmissions, alors qu'ici je crois que ça n'a pas été fait »* (KINE2-U4-2, l. 45).

Communication

D'autre part, les interviewés ont exprimé l'importance des échanges de proximité pour favoriser la qualité de la traçabilité dans le DPI et pour comprendre les problématiques des équipes.

L'interviewée CDS-U1 a indiqué que des temps d'échanges sont organisés dans l'unité de gastro entérologie afin d'exposer diverses thématiques institutionnelles ; le sujet du DPI est régulièrement abordé. Cela montre qu'il est nécessaire de communiquer fréquemment sur l'utilisation du DPI et sur les solutions qu'il peut apporter pour améliorer les prises en charge. Le DPI est un outil de soins qui se manipule de différentes façons et l'appropriation de chacun est spécifique tout comme une technique de soins. L'accompagnement de proximité des professionnels, la qualité des relations entre le cadre et son équipe et l'adhésion des outils est une des priorités pour le cadre de santé. Lorsque le retour de l'accompagnement fait auprès des équipes fonctionne, c'est une preuve d'efficacité professionnelle et une satisfaction pour le cadre : *« quand ils sont à l'écoute et qu'ils nous disent « oui, c'est vrai, on va faire attention, on va réadapter », c'est que du bonheur. Quand je me rends compte qu'ils échangent entre eux, que l'un a parlé à l'autre, c'est déjà une petite victoire. »* (CDS-U1-27, l. 243).

Les autres cadres de santé effectuent des temps d'échanges également. Le cadre de santé CDS-U4 organise des temps d'échanges informels sur des sujets divers : *« Pour moi, les échanges, même tout ce qui est informel, je suis pour l'informel. Enfin j'ai du mal à faire poser des réunions, poser des dates, mais tout ce qui se fait de façon informelle j'aime bien »* (CDS-U4-1, l. 53). Il s'agit de moments où l'utilisation du DPI est souvent abordé car l'ordre du jour n'est pas établi.

Dynamique d'investissement et d'autonomisation

Ensuite, les entretiens ont montré que l'accompagnement du cadre de santé a permis d'instaurer une dynamique d'investissement dans les équipes grâce à la valorisation des compétences et à l'autonomisation.

L'infirmier IDE2-U1 a exprimé le fait que le cadre de santé favorise la cohésion d'équipe par l'utilisation commune du DPI et par sa proximité. L'investissement du cadre dans l'accompagnement permet la dynamique de groupe et l'émergence de propositions améliorant la qualité des prises en charge. Cette méthodologie favorise la reconnaissance des compétences et donc la motivation des professionnels : *« il y a une bonne dynamique dans le service. Cela aide à la réflexivité, on essaie de penser intelligemment dans notre démarche et dans notre travail. C'est valorisant. »* (IDE2-U1-13, l. 183).

Pour le cadre de santé CDS-U2, cet accompagnement est chronophage mais l'autonomisation des équipes est une victoire en soi et vaut le retour sur investissement. Auprès de ses équipes, il a mis l'accent sur le fait qu'ils sont experts en utilisation du DPI car ils utilisent le DPI au quotidien. Le cadre est un appui mais il utilise moins le DPI. Il met donc en avant les compétences et l'autonomie des équipes afin de les valoriser. Selon l'infirmière IDE3-U2, le cadre est un soutien, une aide complémentaire pour parfaire les connaissances ou pour résoudre des problématiques : « *le cadre sait qu'on est devenu des expertes* » (IDE3-U2-6, l. 113).

Quant à l'interrogée CDS-U4, il maintient son équipe en autonomie sur la traçabilité. Il prône la confiance et ne consulte pas le DPI pour contrôler la qualité de la saisie des actes : « On va plus nous apprendre de notre travail, moi je leur fais totalement confiance » (CDS-U4-9, l. 171).

Sens de la traçabilité

Enfin, l'unanimité des personnes interrogées a abordé l'importance de la traçabilité informatisée des soins. Selon elles, le rôle du cadre de santé est d'inculquer à son équipe un sens de la traçabilité des soins qu'ils réalisent.

Le cadre de santé CDS-U1 a indiqué que l'impact principal de l'informatisation des outils de soins est la mise en avant de la responsabilité du soignant sur les actes et les surveillances effectuées. Tout soignant est régi par une réglementation, et cette réglementation souligne que le soignant est dans l'obligation de tracer les soins : « *C'est une question de responsabilité. On nous a toujours dit "pas tracé, pas fait". Il ne faut pas qu'on l'oublie* » (CDS-U1-14, l. 111). Le DPI est également facilitateur des suivis des patients autant au niveau des actes effectués que pour les transmissions globales. Ce cadre de santé a d'ailleurs indiqué que les infirmiers récemment diplômés ont une meilleure culture qualité des soins et de traçabilité du fait de l'enseignement en formation à ce sujet : « *je trouve que les jeunes infirmiers sont quand même dans leur formation infirmière. Je trouve qu'ils ont quand même plus de culture qualité. Ils savent très bien qu'il faut qu'on creuse autour d'une situation pour pouvoir améliorer les choses* » (CDS-U1-23, l. 196).

L'interviewé CDS-U2 a signalé que l'équipe soignante éprouve de la satisfaction lorsqu'elle juge que la traçabilité des soins est correctement effectuée : « *maintenant elles sont contentes de dire "j'ai bien tout tracé, il y a un problème j'ai bien tout tracé"* » (CDS-U2-12, l. 126). C'est un sujet d'échanges lors des réunions d'équipe avec le cadre de santé. Cela permet

d'être motivé à améliorer davantage le DPI et son utilisation. Ces propos sont appuyés par l'infirmière IDE2-U1 qui a expliqué que le rôle du cadre est de s'assurer de la qualité de la traçabilité des soins. De plus, il informe les équipes de l'importance de la traçabilité et du sens que cela a pour la prise en charge des patients. Le cadre instaure une culture de la réflexivité autour de l'utilisation du DPI.

Concernant l'unité de soins N°3, le cadre de santé CDS-U3 a souligné une amélioration à apporter dans la réalisation de la traçabilité des transmissions. Il délègue à une infirmière la mission d'améliorer la qualité des transmissions informatisées. « *J'ai des infirmiers qui sont là depuis plusieurs années ils ne savent pas faire une cible. Donc j'ai une jeune infirmière qui va apprendre à ses collègues comment faire* » (CDS-U3-12, l. 140). Il participe à des audits pour vérifier la qualité des transmissions.

Pour l'unité de soins N°4, l'interviewé KINE1-U4 a indiqué que le cadre a un rôle de contrôle sur la traçabilité du PMSI. Il rappelle aux équipes de ne pas prendre de retard, de ne pas oublier la traçabilité afin qu'elle soit ancrée dans les habitudes. Il n'y a pas de contrôle au niveau des transmissions ciblées, ni de suivi de l'utilisation du DPI. Il n'y a pas d'accompagnement dans la culture d'évolution du DPI.

L'accompagnement des cadres de santé CDS-U3 et CDS-U4 se concentre essentiellement sur la résolution des problématiques des équipes relatives au DPI et sur le contrôle de la traçabilité des soins. Je n'ai pas relevé d'accompagnement investi dans la proximité. Cela peut engendrer un niveau d'investissement moins prononcé des équipes pour le DPI et la volonté de le faire évoluer.

Dans cette section, l'enquête a permis d'identifier les types d'accompagnement de proximité pratiqués par les cadres de santé. L'accompagnement des équipes en lien avec le DPI consiste donc à organiser l'apprentissage des équipes à l'utilisation du logiciel dans les bonnes pratiques et à la résolution des problématiques associés en adoptant une communication de proximité. L'investissement du cadre de santé pour accompagner ses équipes est bénéfique car il conduit souvent à l'autonomisation et à la valorisation des compétences de chaque membre de l'équipe et cela donne du sens à la traçabilité informatique et à leur travail.

8.3.3.2. Par le relai des informations

L'enquête a mis en évidence les missions de référent informatique dans les services de soins. Le référent DPI peut être le cadre de santé et/ou un soignant de l'équipe. Le référent a un rôle stratégique dans la tenue du DPI et dans son évolution en tant que relai.

Cadre de santé référent

Tout d'abord, le cadre de santé est fréquemment le relai des équipes dans le domaine de l'informatique. Ses tâches sont variées et sont nécessaires à l'appropriation du DPI par les équipes et à la compréhension des enjeux autour des projets d'informatisation.

Le cadre de santé CDS-U2 de SSR est un référent DPI actuel dans l'unité de soins N°2. Il a participé au déploiement en tant que référent DPI avec une secrétaire et un médecin. Il a indiqué que ce rôle est complexe car il faut en même temps s'approprier l'outil, la méthodologie du projet et être fédérateur du changement pour les équipes. Lors du déploiement, les référents métiers étaient présents pour accompagner les équipes pour être les interlocuteurs des demandes d'aide technique et être les relais avec l'équipe informatique. Aujourd'hui les référents sont les apprentis d'autre fois et ils transmettent aux nouveaux arrivants : *« elles sont maintenant référentes à leur tour pour les nouveaux agents et elles expliquent aux étudiants également. Et ça je trouve que c'est bien »* (CDS-U2-9, l. 109), il s'agit d'une chaîne de transmission des connaissances. Les infirmiers du service ont complété les propos du cadre de santé CDS-U2. L'interviewé IDE1-U2 a déclaré que le cadre est un relai lorsqu'il y a des problématiques à transmettre à l'équipe informatique ou à la référente paramétrage. Il effectue également les demandes d'évolution du DPI, il est le relai exclusif car il a une vision transversale *« le cadre lui fait les demandes, on passe beaucoup par lui, pour ne pas dire que par lui »* (IDE1-U2-12, l. 146). L'infirmière IDE3-U2 a ajouté que le cadre fait également les retours d'information orales et écrites à l'équipe lorsque les problématiques sont résolues. Il transmet également les retours d'informations sur les mises à jour ou les éventuelles coupures internet à venir : *« quand il y a retour à la normale, le cadre nous transmet et nous dit « c'est bon tu peux réutiliser le PC » ou alors il nous envoie l'informaticien qui règle le problème sur place »* (IDE3-U2-10, l. 153). L'interrogé IDE2-U1 a confirmé les propos des autres interviewés en indiquant que le cadre est le relai des informations lorsqu'il y a des problématiques à transmettre à l'équipe informatique. Le cadre, par sa fonction, est facilitateur des résolutions de problèmes auprès des collaborateurs

externes au service, la voix du cadre est généralement davantage entendue que celle d'un infirmier généralement. Le cadre est donc un relai qui prend en compte les demandes de chacun et les transmet grâce à ses relations transversales.

Pour l'unité de soins N°5, le rôle principal du cadre de santé, ayant débuté ses fonctions dans le service récemment, est d'être le relai de l'équipe pour toute demande informatique. L'interrogée IDE1-U5 a développé ses propos en indiquant que l'équipe interpelle la cadre de santé en cas de problématiques d'utilisation du DPI ou de problèmes techniques en seconde intention après avoir sollicité la hotline informatique. Le cadre de santé transmet des informations à l'équipe (pannes informatiques, mises à jour, évolutions à venir, ...). Ces informations sont effectuées à l'oral et via une messagerie de groupe du service de soins. L'infirmière IDE2-U5 a ajouté que la fonction hiérarchique du cadre est facilitatrice de la collaboration interprofessionnelle. Il est donc naturellement un représentant des demandes de son équipe et il effectue les retours d'informations. L'interviewée a pris l'exemple d'un bug d'affichage des observations des psychologues. L'équipe a informé le cadre de santé qui a contacté directement l'équipe informatique et le problème s'est résolu très rapidement. Cette collaboration pour résoudre les problèmes est fortement appréciée par l'équipe : *« on parlait qu'on n'arrivait pas à ouvrir les observations de la psychologue pendant la réunion. Elle a envoyé directement le mail, elle a eu la réponse tout de suite. Bah ça c'est super, elle nous a débloqué la fonctionnalité une demi-heure après »* (IDE2-U5-10, 1.196). Cette situation fait écho aux observations de Bernoux et Gagnon (2008, p. 56) qui signalent que les utilisateurs soignants sont les personnes qui ont l'expérience pour signaler les problématiques : *« Les petits ajustements apparemment minimes, mais indispensables au fonctionnement du système ne peuvent être détectés et signalés que par les utilisateurs »*.

Du côté des unités de soins N°3 et N°4, le cadre CDS-U3 a indiqué transmettre les informations aux équipes en réunion institutionnelle lorsqu'il y a des résultats d'audit de dossier. Néanmoins, ces réunions d'équipes sont peu nombreuses et le sujet du DPI y est rarement abordé. Les interrogées IDE1-U3 et IDE2-U3 ont indiqué que le cadre de santé joue un rôle de relai lorsqu'il y a des problématiques techniques ou des bugs et de contrôle de la mise en place des processus en cas de procédure dégradée. Le cadre CDS-U4 relaye les informations concernant le DPI par courriels ou par affichage dans le service. Il n'y a pas de retour oral direct à l'équipe.

Cadre de santé et soignant référent

Les référents DPI peuvent être des soignants ayant une appétence pour l'informatique. Leurs rôles sont similaires aux référents cadre de santé mais leur statut peut avoir un impact différent auprès de leurs collaborateurs.

Le cadre de santé CDS-U1 a indiqué que le rôle du référent est d'être porteur des échanges et d'être le relai des informations ascendantes et descendantes : « *Leurs missions c'est de participer aux informations institutionnelles, de faire le retour aux équipes et inversement, de centraliser les axes d'amélioration et de leur faire un retour* » (CDS-U1-11, l.84). Il a tenté d'avoir des référents DPI infirmiers dans son service mais les contraintes de mobilité de ressources humaines (RH) n'ont pas permis de pérenniser ces missions. Pour l'interrogé IDE1-U1, il est nécessaire d'avoir des référents dans le service qui sont à l'aise avec l'informatique pour pouvoir accompagner et former les collaborateurs qui le sont moins ou les nouveaux arrivants.

Pour l'unité de soins N°2, l'interrogée IDE3-U2 est considérée comme la première référente DPI du service par ses pairs. Elle a co-construit avec ses collègues des fiches techniques d'utilisation du DPI pour un débutant. Elle a mené le projet sous la validation du cadre de santé et s'est réparti le travail par thématique avec ses collègues. Ce projet a permis de mettre en évidence que chaque acteur possède son propre langage et qu'il est nécessaire d'avoir des temps d'échange pour traduire les propos et avoir un langage commun compréhensible de tous : « *puis on se réunissait entre nous pour relire ce qu'on avait fait pour voir si on se comprenait, si c'était compréhensible de tout le monde* » ; « *il y a eu des rajustements parce qu'on avait tous notre façon de parler* » (IDE3-U2-13, l. 177). On retrouve dans cette situation un exemple concret des acteurs traducteurs et porte-paroles dans un réseau de communication décrit par la théorie de l'acteur réseau. Dans l'unité de soins N°2, le cadre de santé est le traducteur et l'infirmière IDE3-U2 est porte-paroles pour les projets de construction de fiches techniques ou pour relayer les informations données par le cadre de santé.

Enfin, l'interviewé KINE1-U4 a montré clairement qu'il est le référent informatique du service. Il a indiqué qu'il est fréquemment le relai de ses collaborateurs avec les référents DPI (référent paramétrage et référent médecin). Il communique les nouveautés pour les nomenclatures du PMSI, prodigue des conseils d'utilisation du DPI et transmet des supports d'information papier dans le service après accord du cadre de santé. Il est donc le référent du plateau technique fonctionnel même s'il n'est pas identifié officiellement en tant que tel.

L'interrogé a indiqué également avoir des temps d'échanges hebdomadaires informels. Ces temps sont organisés par le cadre de santé et les thématiques abordées sont variées. Ces temps sont appréciés car ils permettent d'échanger sur les pratiques, les problématiques notamment autour du DPI et de transmettre des informations émanant de l'équipe informatique ou du référent PMSI.

Les entretiens ont donc montré que les référents jouent un rôle prépondérant dans l'adhésion et l'investissement des équipes dans le DPI. Le fait d'avoir un relai, une personne ressource vers la laquelle nous pouvons nous appuyer en cas de problème ou lors de la recherche d'informations est un facteur important pour la qualité de l'utilisation du DPI et de la traçabilité. Leur rôle est complexe mais leur contribution est appréciée par l'équipe et leur collaboration est nécessaire pour résoudre les problèmes. Par sa fonction hiérarchique et sa vision transversale des organisations, le cadre de santé est naturellement la personne désignée pour remplir cette fonction de référent, mais les interviews ont montré que d'autres relais sont essentiels au sein des équipes pour consolider la chaîne de l'information et de la transmission des savoirs.

8.3.3.3. Par l'acculturation et la conduite de changements

Dans cette section, les entretiens ont révélé que l'accompagnement du cadre de santé dans l'utilisation du DPI au quotidien a induit une acculturation des changements permanents dans les équipes et à l'investissement dans les évolutions.

Routine du changement

Tout d'abord, certains interrogés ont témoigné de leur routine du changement dans leur organisation de soins et des intérêts aux changements perpétuels.

Au sein de l'unité de soins N°1, l'interviewée CDS-U1 loue une importance cruciale à l'engagement au changement pour chaque membre d'une équipe, « *parce qu'à un moment donné, lorsqu'on veut fédérer une équipe autour d'un changement, il faut que chacun soit impliqué* ». (CDS-U1-10, l. 82). Les référents sont les acteurs principaux du changement.

L'interviewé IDE2-U1 a indiqué que les nouveautés apportent de nouvelles connaissances. Il a signalé que tout professionnel de la santé doit être préparé à faire évoluer ses outils de soins, outils informatiques compris. Cela implique de tester, de corriger, d'améliorer, et de recommencer cette boucle à chaque fois que cela est nécessaire : « *le but, c'est d'améliorer les choses au fur et à mesure, et je pense que c'est ce qui nous pousse à avancer, à évoluer, et à trouver les solutions. Parfois on tente des choses et ce ne sont pas les bonnes, c'est tout. On apprend de tout ça et on repart.* » (IDE2-U1-18, l. 253). Ces propos rapportés font sens avec la notion de changement incrémental décrit par Walsh et Renaud (2010, p. 286-288) dans le cadre de la conduite au changement traduit. C'est-à-dire que les équipes s'acculturant des petits changements du quotidien seront préparées à des changements plus radicaux.

D'autre part, les interrogées IDE1-U3, IDE2-U3 et KINE2-U4 ont évoqué un certain ancrage de la culture du changement dans leurs pratiques. Les interviewées IDE1-U3 et IDE2-U3 ont indiqué que les petites évolutions du DPI sont toujours actuelles. Elles ont mentionné un exemple sur l'informatisation des bons de transport en ambulances qui sont inclus dans le DPI. Cette évolution permet un meilleur suivi du parcours du patient et de la communication avec les prestataires externes. Les soignants sont donc habitués aux changements et apprécient les évolutions, ces petits plus qui facilitent leur quotidien permettent une valorisation des professionnels par la reconnaissance et la mise en avant de leur travail. L'interviewée KINE2-U4 a indiqué qu'il y a des éléments du dossier à informatiser comme l'ensemble des bilans de rééducation. Mais le contexte de projet de changement de DPI dans un futur relativement proche n'est pas en faveur de l'investissement de l'équipe à faire évoluer le DPI actuel. Pour elle, il y a toujours du changement dans le milieu professionnel. Si certaines personnes ne sont pas prêtes à participer à ces nouveaux projets, elle a indiqué qu'il s'agit pour d'autres d'opportunités. Cependant, l'investissement doit être l'affaire de tous.

Engagement dans un projet de changement

Les interviewés ont développé une autre notion concernant le changement. Le fait d'être habitué aux évolutions du DPI, d'être régulièrement dans un processus de remise en question pour améliorer ses pratiques, permet aux professionnels de santé de s'engager aisément dans un projet de changement à plus grande ampleur.

L'interrogé IDE1-U1 s'est dit prêt à changer de DPI s'il le faut. Il ne ressent pas de crainte particulière mais souligne qu'une formation est nécessaire avant un tel changement. Pour

les infirmières IDE1-U3 et IDE2-U3, l'unité de soins connaîtra un changement de DPI. Les interviewées se disent prêtes à y participer, à s'impliquer concrètement. L'une d'elles a indiqué vouloir être référente de ce changement car cela permet d'avoir une connaissance optimale des processus de travail de son service et de pouvoir maîtriser le nouveau DPI : « *pourquoi pas être référent, être référent ça aide quand même, ça aide à créer les cibles et à bien connaître son service* » (IDE1&2-U3-12, l. 189). De plus, cela lui permettra de participer à des ateliers de co-construction pour les transmissions écrites et donc de s'inclure dans un projet d'envergure dans sa spécialité.

Le cadre de santé CDS-U4 a abordé le sujet du projet du nouveau DPI pour les unités de soins N°4 et N°2. Il indique que pour la construction du nouveau DPI, le choix du logiciel n'était pas celui du service et que l'équipe les a sollicité pour établir le bilan de l'existant. Ce bilan de l'existant a permis de créer un échancier de paramétrage car les changements sont nombreux et nécessitent de la réorganisation. Ce bilan permet aussi de fédérer l'équipe autour du changement et d'apporter des objectifs communs : « *si on veut que tout le monde aille dans le même chemin il faut déjà voir ce qu'il se fait, car renier ce qu'il existe c'est pas bon* » (CDS-U4-10, l. 190). L'interviewé KINE1-U4 se sent prêt à participer au projet de changement du DPI. Pour lui, le plus important est que l'outil réponde aux demandes de l'équipe pour être adapté aux pratiques quotidiennes et aux besoins de traçabilité. Il espère que le nouveau DPI pourra remplir cette mission : « *Le DPI-B commence à vieillir, il a bien rendu service au début mais maintenant il a fait son temps. Je pense qu'il y a moyen d'avoir un outil un peu plus développé* » (KINE1-U4-14, l. 177). Pour le cadre de santé CDS-U2, lorsqu'un projet de mise en place d'un outil pour les soignants n'inclut pas les personnes ressources et qu'il n'y a pas de co-construction, l'adhésion à cet outil sera très compromise car le sentiment d'appartenance au projet est nul. L'outil risque fortement de ne pas correspondre aux pratiques et aux besoins : « *En tout cas il n'y a pas l'air d'avoir ce travail préparatoire avec les équipes et ça c'est terrible parce que quand on impose les choses au lieu de travailler tous ensemble, de permettre aux gens de s'exprimer c'est bien plus riche je trouve.* » (CDS-U2-23, l.263).

Entre engagement et appréhension

Néanmoins, pour les interrogés présentant un attachement à leur DPI et pour qui leur unité de soins est incluse dans un projet de renouvellement de DPI, le changement suscite de l'appréhension.

Dans l'unité de soins N°2, l'interrogée IDE2-U2 a indiqué être habituée aux fonctionnalités de son logiciel. Les changements inhérents au futur DPI engendrent chez elle une crainte et une certaine forme de rejet quant à sa possible complexité : « *quand ils nous l'ont présenté, j'ai dit tout de suite que je préfère DPI-B. Je ne le veux pas ce nouveau logiciel* » (IDE2-U2-4, l. 92). L'infirmière a indiqué ne pas avoir été sollicitée pour une co-construction du futur DPI. Par ailleurs, elle exprime le fait que l'engagement au changement est lié à l'expression des bénéfices du changement et du partage de la vision commune. Si cela n'est pas le cas, cela aboutira à une réticence car le sens du changement ne sera pas compris.

L'interrogée IDE3-U2 a exprimé son appréhension en indiquant que la prise de conscience du changement des habitudes à venir est source de perte de repères. Elle craint la perte d'efficacité et de temps par rapport à l'utilisation actuelle, ce qui peut signifier une perte de confiance dans ses pratiques. De plus, cette prise de conscience est apparue lors d'une réunion d'information sur le nouveau DPI où l'équipe informatique a pu répondre aux questions des participants. Mais la communication de ce projet n'a pas été au-delà de cette réunion, ce qui a suscité plus de craintes, de peur de l'inconnu : « *on se rend compte qu'il y a beaucoup de choses qui seront pas du tout comme on a l'habitude de faire, ça nous fait peur de ne plus avoir nos repères* » (IDE3-U2-8, l. 126). Les objectifs du changement n'ont pas été clairement énoncés. Le projet a été reporté pour des raisons de paramétrage non terminé mais les craintes sont toujours présentes de la part des équipes.

Enfin, l'interviewée KINE2-U4 a indiqué pour le nouveau DPI que certains soignants ne comprennent pas l'intérêt du changement car il ne leur a pas été clairement expliqué. Ce fait induit un manque d'investissement dans le projet car tout changement demande du temps à sa préparation, sa réalisation et à son ancrage : « *pour pouvoir s'investir plus c'est bien de savoir vraiment pourquoi on change, parce que ça prend du temps de changer de s'habituer.* » (KINE2-U4-13, l. 154). On retrouve dans ces propos la nécessité d'avoir les moments clés de la conduite au changement traduit. Lascoumes (2019, p.645) décrit les notions de problématisation et d'intéressement pour les soignants qui doivent comprendre les raisons du changement et les rôles de mobilisation des porte-paroles. Dans le cas de l'unité de soins N°4, il n'y a aucun moment clé établi et donc l'engagement des soignants au projet de changement est compromis.

Dans cette section, certains interrogés ont témoigné de leur routine du changement dans leur organisation de soins et des intérêts aux changements perpétuels. Les interviewés ont développé une notion d'ancrage à la culture du changement dans leurs pratiques alors que les petites évolutions du DPI sont toujours actuelles. Le cadre de santé doit s'appropriier l'outil et la méthodologie du projet tout en étant un fédérateur du changement pour les équipes. Les interviewés ont développé des facultés à s'adapter au changement mais ils ont indiqué également la nécessité pour l'encadrement de communiquer la vision du changement avant de réaliser le projet pour diminuer les ressentis négatifs qu'il induit.

Cheminement de la pensée :

Dans cette seconde partie, l'enquête auprès des professionnels de santé m'a fait comprendre que pour parvenir à une appropriation collective du DPI par les équipes soignantes, cela nécessite un investissement du cadre de santé de chaque instant. Ses rôles sont nombreux pour transmettre son engagement aux équipes pour maîtriser l'outil et le faire évoluer :

- Coordonner la co-construction du DPI.
- Accompagnement de proximité pour l'utilisation du DPI et pour résoudre les problématiques.
- Prodiguer des conseils d'utilisation ou recadrer les professionnels en cas de manquement de traçabilité.
- Être le relai des équipes dans le domaine de l'informatique pour faciliter les résolutions de problèmes auprès des collaborateurs externes au service.
- Apporter une compréhension des enjeux des projets d'informatisation.

La pratique de ces missions est importante et chronophage mais a un impact direct auprès des équipes dans l'acculturation du changement dans leurs pratiques quotidiennes, dans les évolutions du DPI et les différents projets d'informatisation.

Cependant, je me suis rendu compte que le cadre de santé doit aussi composer avec d'autres facteurs impactant l'adhésion et l'investissement des soignants au DPI.

8.3.4. Lutter contre la vulnérabilité de l'équipe, un levier de l'autonomie

Dans l'ensemble des unités de soins interrogées, les équipes soignantes m'ont fait part de plusieurs problématiques menaçant l'utilisation des supports informatiques et la qualité de la traçabilité de leurs soins. Le cadre de santé joue un rôle incontournable pour aider son équipe à surmonter ces difficultés et favoriser l'investissement au DPI.

8.3.4.1. Les freins à l'utilisation du DPI

Les interviewés ont grandement explicité les contraintes de leur quotidien qui freinent l'utilisation efficiente du DPI.

Freins techniques

Tout d'abord, l'intégralité des personnes interrogées ont mentionné des problématiques de réseau au sein de leurs unités à titre de lenteur et de déconnexions fréquentes qui sont sources d'agacement.

On retrouve des problématiques techniques dans l'ensemble des unités de soins interrogées. Selon l'infirmier IDE2-U1, les lenteurs du réseau et du matériel informatique engendrent des retards de prise en charge. L'interviewé est frustré de cette situation et exprime sa colère. Il indique avoir fait remonter ce problème aux personnes responsables (cadre de santé, service qualité de l'établissement, le service informatique, ...) mais la durée de résolution des problèmes provoque une forme de résignation auprès du personnel médical et paramédical.

L'infirmière IDE1-U5 a souligné la fréquence de ces problèmes qui sont quasiment journaliers : « *on attend donc c'est une perte de temps, une perte d'énergie et puis en attendant le patient il attend parce que nous on n'a pas les prescriptions donc on peut pas administrer de médicaments ou donner des renseignements* » (IDE1-U5-5, l. 123). Sa collaboratrice IDE2-U5 a indiqué également des problématiques de réseau, les lenteurs font perdre du temps aux soignants et sont source de stress et de colère. Elle en déduit que l'agacement du personnel a un impact sur la prise en charge relationnelle auprès des patients et que c'est une grande problématique dans un service de soins où les patients sont en souffrance physique et psychologique.

D'autre part, les interviewées IDE1-U3 et IDE2-U3 ont signalé que les problèmes de lenteur réseau s'ajoutent à d'autres problèmes techniques comme les batteries des PC mobiles qui ne tiennent pas la charge, des PC anciens qui présentent des lenteurs au démarrage et des impossibilités d'impression. Ces problématiques du quotidien liées au matériel ont un impact sur l'adhésion au DPI car le DPI est en quelque sorte en bout de chaîne de l'utilisation de l'informatique. La faute peut être rejetée au DPI alors que la source du problème est généralement matérielle. L'équipe a alors un sentiment de ne pas être comprise par les collaborateurs extérieurs sur leurs difficultés quotidiennes à utiliser l'informatique.

Freins matériels

De plus, l'ensemble des cadres de santé interrogés ont unanimement indiqué que la qualité du support matériel est un facteur déterminant pour l'adhésion des équipes au DPI.

Les propos de 2 unités de soins illustrent ces propos. Pour l'unité de soins N°2, le cadre de santé CDS-U2 et l'infirmière IDE1-U2 ont déclaré que le service a déployé des postes informatiques sur chariot mobile afin de répondre aux besoins de saisie informatique en temps réel il y a quelques années. Au début du déploiement de l'informatique, l'unité de soins n'avait que des postes fixes et donc les équipes étaient contraintes à des doubles saisies et cela a engendré de nombreuses réticences à la traçabilité informatique. Le gain d'efficacité et de temps était nul. Donc le fait d'avoir le matériel adapté aux pratiques informatiques permet d'avoir une certaine sécurité avec la traçabilité des soins, le soignant peut alors se concentrer à améliorer les pratiques de saisies et à participer à l'évolution du DPI. L'importance des facteurs non-humains décrite par la TAR pour la traduction des informations prend ici tout son sens.

Pour l'unité de soins N°4, le cadre de santé CDS-U4 a indiqué que les contraintes matérielles ne permettent pas de franchir un palier dans l'informatisation. Le service manque de postes informatiques mobiles ou de tablettes pour effectuer les bilans de rééducation au fur et à mesure des prises en charge. L'interrogée KINE1-U4 déplore que le nombre de PC soit insuffisant pour pouvoir utiliser de façon optimale le DPI au fil de l'eau : « *Et encore faut-il avoir le bon matériel nécessaire* » (KINE1-U4-16, l. 201). L'équipe est donc contrainte de planifier un temps de saisie informatique hebdomadaire. Les contraintes matérielles sont donc un frein à l'adhésion d'un DPI mais elles sont sources d'adaptabilité pour les soignants.

Crainte de la panne

Par ailleurs, l'unanimité des cadres de santé et du personnel paramédical interrogé a évoqué un risque commun qui est la crainte liée à la panne informatique.

En exemple, le cadre de santé CDS-U1 a signalé que les pannes informatiques sont assez fréquentes et les soignants doivent recourir à une procédure dégradée consistant au retour temporaire au support de traçabilité papier. Il indique que cette procédure présente un risque pour le patient et l'équipe car la perte d'information est fortement probable pendant le laps de temps entre le passage de l'informatique au papier et vice versa. Les craintes de la survenue de nouvelles pannes sont exprimées par l'interrogé. L'interviewé IDE1-U1 a indiqué que le passage en procédure dégradée a généré de la désorganisation et du stress. Mais il a souligné que les collaborateurs ayant des années d'exercice sont des accompagnants pour l'équipe car ils ont déjà connu ces situations avec des dossiers patients au format papier : *« ils ont plus l'habitude, ils ont déjà travaillé avec du papier, et ils ont le recul et l'expérience. Ils ont l'air de plus connaître ces situations »* (IDE1-U1-2, l. 41).

Pour l'unité de soins N°5, l'interviewée IDE1-U5 a déploré que l'équipe soit contrainte d'utiliser fréquemment la procédure dégradée (une fois par mois environ). L'utilisation du support papier peut alors durer quelques jours. Elle craint le passage au support papier, surtout pour effectuer les transmissions car elles ne sont pas harmonisées et moins lisibles pour autrui. Ce retour au papier signifie plus de concentration, de vigilance et de stress pour chacun.

Utilisateurs réticents

Ensuite, les entretiens ont permis de développer certains exemples de personnes présentant des réticences à l'utilisation du DPI et l'accompagnement de leur cadre de santé. Dans la plupart des cas, ces professionnels de santé ont des compétences numériques à développer.

Le cadre de santé CDS-U2 a formulé qu'il est un soutien au quotidien pour les personnes réticentes à l'utilisation du DPI. Il cherche d'abord la cause de la résistance puis propose des solutions pour résoudre la problématique de façon participative : *« je n'aime pas entendre "je ne veux pas le faire". J'amène les agents à réfléchir sur pourquoi on ne veut pas faire les choses, quel est le problème, qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer et pouvoir utiliser le logiciel de façon correcte »* (CDS-U2-18, l. 180). Il a indiqué qu'il faut écouter les demandes et ne pas les laisser à l'écart, la communication est importante pour ne pas les dévaloriser et pour persévérer

dans l'apprentissage : « *Il a fallu montrer, remontrer, remontrer mais surtout il faut que personne ne baisse les bras* » (CDS-U2-22, l. 236). A posteriori, il a évoqué que l'évaluation de la diminution de la réticence est impérative pour éviter les récives. Cette méthode a fonctionné car il n'y a plus de réelle résistance actuellement dans l'équipe selon les interviewés de l'unité de soins N°2.

Pour l'interrogée IDE1-U2, la source de la réticence à l'utilisation des transmissions ciblées était la difficulté de l'écriture narrative et la démarche de recherche réflexive qu'induit l'outil informatique pour certains collaborateurs : « *Pour les codages d'acte, elles le font car il y a juste à cocher mais tout ce qui est plus précis, plus pointilleux, comme aller chercher les transmissions ciblées, trouver la bonne cible, la bonne information, la bonne catégorisation, c'est plus compliqué, elles passent le relais facilement* » (IDE1-U2-15, l. 198).

Le cadre de santé CDS-U2 a déclaré également que lorsqu'il y aura un changement de DPI dans le futur, les personnes expérimentées ayant présenté une réticence lors d'un déploiement antérieur seront les accompagnants et les facilitateurs du changement car ils ont déjà connu ce type de changement et auront moins d'appréhension à changer de nouveau. De plus, ces personnes ont connu le passage du papier à l'informatique et l'interrogé considère que le passage d'un DPI à un DPI est moins difficile que du papier à l'informatique. Les logiques informatiques et de traçabilité des soins restent les mêmes pour chaque DPI : « *Je me dis qu'au nouveau logiciel qu'on va devoir mettre en place en septembre il a déjà été décalé, ça sera moins difficile que la dernière fois parce qu'elles ne partaient de rien et maintenant elles ont déjà l'habitude de tracer en temps réel sur l'informatique* » (CDS-U2-10, l. 111). Les données recueillies dans cette unité de soins corroborent les propos du chef de projet DPI lors de la série d'entretiens N°1 qui indiquait que les personnes facilitant le changement sont les professionnels expérimentés en milieu de carrière car ils ont l'expérience des projets d'informatisation.

Dans les unités de soins où l'investissement du cadre de santé dans le DPI est moins prononcé, les interviewés expriment davantage de difficultés à l'appropriation du DPI. Le cadre de santé CDS-U3 a dit que des personnes représentant une génération assez ancienne éprouvent plus d'adversité avec le DPI. Il leur suggère d'effectuer la traçabilité, les personnes exécutent les demandes mais n'adhèrent pas au DPI. L'interrogé n'est pas en recherche des causes des réticences et délègue l'accompagnement aux infirmiers ayant plus de maîtrise du DPI.

Quant à l'interviewé CDS-U4, il a exprimé sa préférence pour les outils papier. Il a indiqué d'une part qu'il appartient à une génération n'utilisant pas l'informatique généralement et que le

sens de l'informatisation n'est pas toujours perçu. L'avantage de la traçabilité informatisée vis-à-vis des autres services de soins et pour chaque professionnel n'est pas perçu. L'interrogée KINE2-U4 a signalé, elle aussi, que les personnes avec plus d'ancienneté ont un peu plus de difficultés avec les évolutions du DPI car leurs compétences informatiques sont à développer de manière générale. Ces personnes devront s'adapter comme les autres et ne bénéficieront pas d'accompagnement spécialisé dans le service selon elle. J'en déduis qu'il n'y a pas de prise en compte des difficultés de chacun dans l'unité de soins et que cela a un impact sur la qualité de l'utilisation du DPI et sur l'investissement général dans les projets d'informatisation. Pour lever le frein de la résistance à l'utilisation du DPI et développer les compétences numériques de chacun, un accompagnement de proximité est donc à effectuer avec assiduité par un référent.

Frein médical

Enfin, un dernier frein à l'informatisation des outils de traçabilité a été évoqué dans les entretiens, il s'agit du frein du corps médical.

Le cadre CDS-U3 a indiqué qu'il existe un frein du corps médical pour l'informatisation des observations médicales car la procédure est chronophage et ce, malgré les sollicitations des infirmières. Ce projet est en suspens, le cadre de santé n'est pas intervenu dans cette problématique de service. L'interviewé IDE2-U1 mentionne également le frein médical à l'informatisation dans l'unité de soins N°1. Quand il existe, ce frein a un fort impact sur l'informatisation car le corps médical est le moteur principal des projets de service. Les propos du cadre de santé me laissent penser que ce frein médical s'explique par « *une volonté de préserver les caractéristiques imprévisibles de l'activité dont il a la charge* », comme l'ont conclu Morquin et Ologeanu-Taddei dans leur étude (2018, p. 178). Le corps médical s'oppose alors à la rationalisation de son propre secteur. Un des rôles du cadre de santé est de convaincre les médecins d'utiliser le DPI à son potentiel maximum afin de boucler la boucle de l'informatisation et d'harmoniser les pratiques avec le corps paramédical.

Dans cette section, j'ai développé les différents freins à l'utilisation efficiente du DPI évoqués par les personnes interrogées. Lorsqu'il se présente des problématiques techniques (réseau, ressources matérielles inadéquates aux besoins, pannes informatiques, ...), cela engendre des ressentis de vulnérabilité face à l'outil défaillant comme la perte de repères, le

stress ou la crainte d'aggravation de la situation. Ces problèmes entraînent des retards dans la prise en charge des patients, une perte de temps et d'énergie ainsi qu'un impact négatif sur la relation avec les patients.

Par ailleurs, il a également été constaté dans les entretiens une certaine disparité des compétences numériques et en utilisation du DPI selon les personnes au sein des unités de soins et de leurs expériences. L'enjeu pour le cadre de santé est de mobiliser son équipe pour développer les compétences de chacun et de l'accompagner pour réduire ces facteurs favorisant leur vulnérabilité.

8.3.4.2. La dépendance temporelle et le DPI

La grande majorité des interviewés se sont exprimés sur les conséquences de la traçabilité informatique en termes de temporalité. Ce rapport au temps est une source de préoccupation pour les soignants car les supports matériels doivent théoriquement être pratiques et faire gagner du temps selon eux.

Temps gagné versus temps perdu, l'impact dans la relation soignant-soigné-DPI

Chaque interrogé s'est exprimé instinctivement sur ce sujet notamment lors de la question ouverte de fin d'entretien. Les perceptions du temps de travail « gagné » ou « perdu » par l'utilisation du DPI sont différentes selon les unités de soins, les compétences en DPI des personnes et les contextes organisationnels.

La synthèse des propos rapportés par les interrogés a été répertoriée dans un tableau récapitulatif⁶. **Le bilan est le suivant :**

- Treize interrogés sur 15 se sont exprimés sur la thématique du rapport entre le temps et le DPI
- Quatre d'entre eux ont avancé exclusivement des avantages du DPI aboutissant à un gain de temps. Parmi ces avantages, on retrouve principalement la facilité d'accès à l'information et le temps instantané de l'acheminement de la donnée. Ces avantages

⁶ Cf annexe N°6 : Analyse du rapport perçu entre le temps et le DPI

sont comparés avec le dossier médical au format papier avec lequel son accessibilité demandait une logistique spécifique.

NB : il est à noter que parmi ces 4 interviewés, on retrouve les soignants travaillant dans l'unité de soins N°3 dans laquelle le niveau d'attachement du DPI et l'investissement du cadre de santé et de l'équipe est considéré comme faible. Cet antagonisme dans les données recueillies ne présente pas d'explication à ce jour.

- Quatre interviewés ont signalé que le DPI fait à la fois gagner et perdre du temps mais que le rapport gain/perte de temps est à l'avantage du gain de temps. Les facteurs en faveur du gain de temps sont toujours ceux liés à l'accessibilité de l'information et s'ajoutent les compétences numériques et en DPI qui permettent une efficacité de l'utilisation du DPI et de la réflexivité. A contrario les facteurs aboutissant à une perte de temps sont le temps de retranscription informatique et le mode de saisie des transmissions narratives qu'impose le DPI.
- Trois soignants ont également signalé que le DPI fait à la fois gagner et perdre du temps mais que le rapport gain/perte de temps est à l'avantage de la perte de temps. On retrouve les mêmes facteurs de gain et de perte de temps que précédemment mais à cela s'ajoutent des facteurs faisant perdre du temps expliquant le rapport négatif au temps et les freins à l'informatisation. Ces facteurs sont l'augmentation du niveau de traçabilité pour la qualité des soins et des suivis patients qu'impose l'établissement de santé ainsi que les freins techniques à l'utilisation du DPI comme le dysfonctionnement du réseau informatique. L'infirmier IDE2-U1 a précisé que le temps passé auprès du patient a diminué depuis l'arrivée de l'informatique et c'est, pour lui, source de frustration. Cette contradiction entre le gain de temps par l'efficacité de la traçabilité et la perte de temps relative aux nécessités de traçabilité qu'impose l'informatique pose question dans le service : « *Les soignants constataient qu'ils avaient moins de temps de soins depuis l'arrivée de l'outil informatique. Cela peut paraître contradictoire parce qu'effectivement, en un clic, on a accès à une donnée. Alors qu'avant, il fallait chercher dans des classeurs qui étaient trop complets. Là, maintenant on fait 2-3 clics et on a accès.* » (IDE2-U1-8, l. 139).
- Deux interrogés ont déclaré que le DPI leur fait perdre du temps. Les raisons évoquées sont le temps de retranscription et le mode de saisie des transmissions narratives également.

Au total, on retrouve **huit interrogés sur 13 avec une perception positive** du rapport entre la temporalité et le DPI et **cinq avec une perception négative**. **L'impression générale est donc que l'informatisation des dossiers de soins fait gagner du temps mais il ne s'agit pas d'une pensée unique**. J'ai remarqué une mixité entre le type de perception, les unités de soins et les interrogés, c'est-à-dire qu'une unité de soins avec un investissement et un attachement au DPI ne considère pas obligatoirement que le DPI fait gagner du temps et le constat inverse s'applique également.

Les données recueillies vont dans le même sens qu'une enquête qualitative décrite par Moisdon, Kletz et Béjean (2018, p.14) dans une vingtaine d'établissements auprès de professionnels hospitaliers (médecins, soignants, cadres, secrétaires médicales), où le personnel infirmier, malgré des difficultés lors de la mise en œuvre du DPI, estimait majoritairement gagner du temps via des consultations fréquentes du dossier et l'alimentation du DPI. Ce ressenti vis-à-vis de la gestion du temps qu'induit le DPI serait donc général. De plus, comme l'indique Acker (2008, p.66) : « *Le temps du soin, le temps du patient, le temps de l'institution ne se superposent pas* », c'est-à-dire que le temps passé pour la traçabilité est le reflet de la valeur que le soignant lui accorde dans son activité de soins. J'en conclus que la perception du DPI faisant « perdre du temps » à l'utilisateur peut être la résultante d'un ensemble de facteurs de vulnérabilité vis-à-vis du DPI explicités précédemment mais c'est avant tout une interprétation subjective des transformations des pratiques générées par l'évolution du système de santé.

Le cadre de santé CDS2-U1 a appuyé ce constat en mentionnant que le temps de traçabilité est un facteur essentiel dans l'appropriation du DPI. Lorsqu'un utilisateur n'est pas habitué au DPI et qu'il ne le maîtrise pas, le temps passé à la traçabilité est important et réduit le temps passé auprès du patient. En somme, c'est seulement lorsque la personne maîtrise le DPI que le temps de saisie est inférieur au temps de raisonnement et de lecture des informations et que la prise en charge du patient est perçue comme meilleure par le soignant.

Relation soignant-DPI, dépendance à l'informatique

D'autre part, les interrogés ont exprimé le fait que des organisations de soins intégrant systématiquement l'informatique ont pour conséquence une obligation de traçabilité des soins dans le DPI et que cela crée une forme de dépendance chez les soignants. Cette dépendance a un lien direct avec la temporalité de la saisie informatique.

L'infirmier IDE1-U1 a indiqué une certaine dépendance à l'informatique due aux exigences de la traçabilité pour la qualité de la prise en charge des patients et de la facturation des hospitalisations. Il a précisé que l'informatisation a diminué le temps passé auprès du patient et donc que le rôle de l'infirmier est moins relationnel qu'auparavant : « *Je pense que le DPI c'est bien mais est ce qu'on n'est pas trop dans l'informatique ? C'est un peu philosophique mais est ce qu'on n'est pas arrivé dans un temps où on est trop sur l'informatique et pas auprès des patients.* » (IDE1-U1-13, l. 221). Cette conséquence est critiquée par les patients et les familles : « *une famille qui m'a dit quand j'étais dans le couloir "bah décidément c'est beaucoup de clics-clics", peut-être ils se disent que les infirmiers sont toujours sur le PC à tout tracer, plutôt que d'être auprès du patient, et c'est un peu vrai.* » (IDE1-U1-13, l. 232).

Les interrogées IDE1-U3 et IDE2-U3 ont souligné le fait que les équipes de soins sont maintenant dépendantes de l'informatique : « *maintenant c'est tellement devenu une habitude qu'on ne ferait plus sans. Je pense qu'un infirmier la première chose quand il arrive et qu'il prend son poste, la première chose qu'il fait c'est qu'il se connecte.* » (IDE1&2-U3, l. 281). Cette dépendance intervient à tout niveau d'interopérabilité car si une information vient à manquer c'est toute la chaîne de la prise en charge qui est impactée. Elles ne sont pas opposées à ce constat, il s'agit de l'évolution du système de santé : « *quand le médecin crée son traitement, la pharmacie en a besoin, les examens la radio en ont besoin, si on demande une consultation informatique nous on en a besoin, enfin on est vraiment dépendants à tout niveau. On est dépendants de l'informatique.* » (IDE1&2-U3, l. 288).

Dans cette section, les entretiens ont révélé que l'utilisation du dossier patient en version informatisée a modifié le temps de travail alloué à la traçabilité et par conséquent le temps passé auprès des patients. La perception de cette temporalité est la résultante de facteurs de vulnérabilité des équipes, du contexte organisationnel des unités de soins et des représentations personnelles de l'informatisation. La modification de la partie « temps de soins » d'un poste de travail qu'apporte le numérique est à considérer à part entière comme un facteur d'appréhension du DPI pour le cadre de santé. Enfin, les interviewés ont explicité une autre réalité, celle de la dépendance à l'informatique inhérente à l'évolution du système de santé. Cela amène à un glissement de tâches du personnel soignant vers une charge plus administrative.

Il s'agit pour le cadre de santé de s'adapter aux organisations qu'impose l'informatisation mais aussi à en impulser de nouvelles pour améliorer l'utilisation de l'informatique afin de continuer à prioriser la relation entre le soignant et la personne soignée.

8.3.4.3. L'environnement, l'organisation et l'autonomie

Pour terminer cette analyse des terrains d'enquête, il est question des liens entre l'appropriation du DPI, la charge de travail et l'autonomie des équipes dans l'utilisation du DPI.

Secteurs de soins, leviers de l'accompagnement

Pour un cadre de santé, les missions relatives à l'accompagnement sont chronophages et représentent une charge de travail importante. L'interviewé CDS-U1 a déclaré ainsi que les missions de contrôle de la traçabilité et d'accompagnement du cadre de santé pour le DPI sont impactées par les autres tâches du cadre et de leur charge en termes d'amplitude des secteurs de soins. Si le secteur de soins est trop important, le temps est manquant pour assurer ces missions en lien avec le DPI. La qualité de l'accompagnement prend du temps, et se donner les moyens de bien faire ces missions est dépendant de l'organisation dans laquelle il appartient et de ses priorités stratégiques. Selon l'interviewé, lorsque ces missions d'accompagnement vers la qualité de la traçabilité ne sont pas effectuées par le cadre de santé, il s'agit surtout d'une question de temps et non de volonté : « *quand la traçabilité n'est pas faite, la première question du cadre, c'est pourquoi ce n'est pas fait. Est-ce qu'ils savent faire ? Qu'est-ce qui les empêche de le faire ? Est-ce qu'ils ne veulent pas faire ? Ce n'est pas dans les habitudes ? Mais pour se poser pour tout ça, il faut avoir du temps* » (CDS-U1-32, l. 278). Pour les infirmiers, la charge de travail est directement liée à la qualité de la traçabilité. La priorité étant les soins aux patients, il est logique que lorsque la charge de travail est trop importante, c'est le temps de traçabilité qui est sacrifié et donc cela aboutit à une perte d'information pour le suivi du patient. Mais lorsque le contexte organisationnel d'un service de soins le permet et que les freins à l'utilisation du DPI sont levés, le succès de l'accompagnement des équipes et la qualité de la traçabilité sont sources de satisfaction pour le cadre de santé et les équipes : « *l'accompagnement et l'amélioration du suivi de ses équipes ; car c'est très chronophage. Si on y arrive, c'est un réel plaisir et c'est que du bonheur* » (CDS-U1-26, l. 231).

Environnement et possibilité d'autonomie

L'organisation de l'entreprise hospitalière est donc un facteur déterminant pour avoir la possibilité d'effectuer les actions que le soignant souhaite mettre en place pour l'évolution du DPI et l'amélioration des prises en charge.

Comme l'ont indiqué les cadres de santé CDS-U1 et CDS-U2, les capacités d'accompagnement du cadre de santé pour le DPI sont corrélées avec les moyens que permet l'organisation. Lorsque les facteurs sont réunis pour que les soignants s'approprient et s'investissent dans le DPI, sans coercition bloquante, les entretiens ont montré qu'ils font preuve d'autonomie. Ces notions sont décrites par Moisson (2018, p. 20) qui expliquait en citant Berbain (2001) que cette autonomie était difficile à atteindre dans la pratique « *les professionnels savent franchir les deux obstacles de l'apprentissage technique (savoir manipuler l'outil) et de l'apprentissage gestionnaire (savoir adapter les routines de fonctionnement aux prescriptions de l'outil), mais qu'ils ont plus de difficultés pour entrer dans un apprentissage organisationnel (savoir se saisir de l'outil pour inventer de nouvelles façons de faire et de progresser)* ».

Cette autonomie se manifeste par la volonté du soignant de former ses pairs à l'utilisation standardisée du DPI, comme l'a indiqué l'infirmière IDE2-U5 de l'unité de soins N°5 pour la formation pour les nouveaux arrivants et pour les jeunes diplômés : « *Les anciens ils ciblent bien mais la nouvelle génération si on ne leur dit pas qu'il faut cibler ils notent rien. Nous on forme ici notre petite la plus jeune diplômée mais maintenant elle fait plein de cibles.* » (IDE2-U5-17, l. 272). Pour l'équipe, le fait que chacun puisse effectuer une traçabilité en suivant le même processus de transmissions est important car en soins palliatifs il est nécessaire que les dossiers soient complets pour la prise en charge de la fin de vie du patient et de la famille. Cela renforce la responsabilité de chaque professionnel et la cohésion d'équipe. La charge de travail du service et la confiance accordée par le cadre de santé permet donc à l'équipe d'utiliser leurs compétences en DPI pour proposer des évolutions et ainsi donner sens à la traçabilité des soins pour chacun. Si l'environnement de travail le permet, lorsque l'équipe a acquis un niveau de compétences et d'autonomie permettant d'être force de propositions pour l'évolution du DPI, cela peut aboutir à être un levier pour améliorer les organisations de travail pour un ensemble de services de soins.

Cheminement de la pensée

Dans cette dernière partie de l'analyse, les entretiens ont révélé l'importance de nombreux pré requis fondamentaux pour que l'équipe soignante s'approprie et s'investisse dans l'utilisation du DPI.

Les soignants interrogés ont exprimé que leur quotidien de travail est accompagné de freins à l'utilisation efficace du DPI. Les problèmes techniques rencontrés peuvent entraîner des retards dans la prise en charge des patients et ont un impact sur la relation soignant/soigné. De plus, l'équipe doit composer avec la disparité des compétences de chacun dans l'utilisation du DPI ce qui nécessite une mobilisation du cadre de santé et de l'équipe afin que leurs compétences respectives permettent une complémentarité.

Les entretiens ont également mis en évidence un lien entre la dépendance à l'informatique inhérente à l'évolution du système de santé et la charge de travail administrative. La perception globale de l'échantillon interviewé reste en faveur d'un gain de temps apporté par l'informatisation mais les avis sont partagés selon les problèmes techniques rencontrés et les convictions personnelles.

Les facteurs environnementaux sont donc nombreux pour qu'une équipe soignante ait une perception positive de l'informatique et du DPI. Mais si ces facteurs sont favorisants, le sentiment de dépendance à l'informatique sera diminué, l'équipe et le cadre de santé auront plus d'autonomie pour mettre à profit leurs compétences et leur investissement pour faire évoluer leurs pratiques et pour élaborer des projets en s'aidant des bénéfices que peut apporter le DPI.

Les données empiriques m'ont permis de mettre évidence le concept d'environnement capacitant dans le contexte hospitalier. Fernagu, Ondet (2022, p. 42) citent Falzon (2013) en définissant l'environnement capacitant comme un « *environnement qui n'entrave pas les capacités, mais rend les personnes capables de développer de nouvelles connaissances et de nouveaux savoirs, et d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie* ». Falzon (2014) ajoute que ce type d'environnement est « *favorable au développement du pouvoir d'agir des individus* ».

J'ai constaté cet environnement capacitant dans l'unité de soins N°2 qui est en quelque sorte un exemple de l'exploitation que l'on idéalise d'un DPI. En effet, l'investissement du cadre de

santé, la co-construction du DPI, les contraintes techniques maîtrisées et l'environnement de travail permettant aux soignants d'avoir le temps d'effectuer des projets a permis à l'équipe d'être le moteur pour une réorganisation de la prise en charge lors d'une entrée d'un patient en SSR, pour aboutir à ce que le protocole soit standardisé pour tout un établissement de santé. Pour parvenir à cet idéal, le cadre de santé a un rôle important à jouer pour que son équipe soit compétente, autonome et qu'elle ait le pouvoir d'agir sur l'organisation hospitalière. L'un des objectifs de l'encadrement serait de travailler sur la diminution de la vulnérabilité des personnes afin de favoriser leur autonomie.

9. Synthèse de la recherche empirique

La recherche empirique a été composée d'une enquête auprès de 18 personnes et d'une étude de littérature riche et variée.

Une première partie m'a permis de tenter de répondre au questionnement de départ :

Comment le cadre de santé contribue-t-il à l'appropriation par l'équipe des changements découlant des évolutions des outils de traçabilité informatisés des soins ?

Les entretiens auprès de personnes ayant une expérience en gestion de projet informatique ont montré qu'un cadre de santé peut contribuer à l'appropriation par l'équipe du DPI et des changements de pratiques inhérents à son développement en étant un relai dans les échanges d'informations et en impulsant la co-construction du DPI. Le chapitre de théorisation consacré à la co-construction et à la sociologie de la traduction m'a aidé à comprendre pourquoi ces concepts sont importants pour les équipes soignantes. Mais l'enquête a également mis en évidence que d'autres facteurs peuvent intervenir dans l'appropriation et l'utilisation du DPI dans le quotidien des équipes soignantes et du cadre de santé.

Une nouvelle question de recherche a été formulée :

Comment le cadre de santé peut-il maintenir la volonté de son équipe à co-construire le dossier de soins informatisé au quotidien ?

Une seconde partie de la recherche empirique a été réalisée auprès de cadres de santé et de professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) répartis dans cinq unités de soins.

Les résultats de l'enquête sont les suivants :

1. La co-construction d'un DPI permet l'attachement des équipes aux outils informatiques. Cela favorise la communication au sein des équipes, le développement des compétences numériques et la qualité de la traçabilité des soins. L'investissement du cadre de santé contribue au processus de co-constructif. Mais la co-construction du DPI n'est qu'un facteur

inclus dans un système plus complexe pour parvenir à l'adhésion des équipes, elle s'apparente plutôt à un révélateur de l'investissement de l'équipe pour la traçabilité des soins sur le format informatique.

2. L'investissement du cadre de santé est un facteur d'engagement des équipes pour maîtriser le DPI et le faire évoluer. Cela implique un accompagnement de proximité pour l'utilisation du DPI et pour résoudre les problématiques, d'être le relai des équipes dans le domaine de l'informatique pour faciliter les résolutions de problèmes auprès des collaborateurs externes au service et d'apporter une acculturation du changement pour faire adhérer aux projets d'informatisation. Cet investissement a été constaté dans trois des cinq unités de soins interrogées. Lorsque ça n'a pas été le cas, cela a conduit à des conséquences sur le niveau d'adhésion et d'engagement des équipes au DPI ainsi que sur la qualité de la traçabilité.

3. L'utilisation de l'informatique et du DPI impacte la relation soignant/soigné. L'utilisation du DPI a modifié le temps de travail alloué à la traçabilité et le temps passé auprès des patients. Des soignants pensent que l'informatique fait gagner du temps et pour d'autres il en fait perdre. Cette perception diffère selon le contexte organisationnel des unités de soins et des représentations personnelles de l'informatisation et de la traçabilité. La dépendance à l'informatique dans les unités de soins a été mise en évidence et par conséquent un glissement de tâches du personnel soignant vers une charge plus administrative.

4. La nécessité d'évoluer dans un environnement capacitant permettant aux équipes d'être autonomes dans l'utilisation du DPI et de faire évoluer leurs pratiques. Cela implique de lever les freins à l'utilisation efficiente du DPI qui font partie du quotidien de chaque service de soins comme les freins techniques, matériels, organisationnels, la réticence de certains membres de l'équipe à utiliser l'informatique et de donner du sens à la traçabilité des soins.

D'une part, ces résultats m'ont permis de confronter et de mettre en corrélation les informations recueillies par l'enquête de terrain et la théorisation des données, d'autre part j'ai pu apporter des réponses aux questionnements de ce travail de recherche.

10. Discussion

Retour réflexif sur les résultats de l'enquête

Cette recherche empirique m'a permis de faire évoluer mes connaissances et mes questionnements dans une perspective que je n'imaginai pas à l'aube de ce travail. Lorsque j'ai émis un questionnement de départ au sujet du rôle du cadre de santé dans les changements de pratiques liées aux évolutions des outils de traçabilité informatisés, je pensais recueillir des données aboutissant à des résultats abordant les thématiques de la résistance au changement, des compétences numériques et de l'accompagnement du cadre de santé.

Par ailleurs, je me remémore ma réflexion initiale sur l'objet de la recherche. Je souhaitais une recherche approfondie sur les notions de changement et les raisons de la résistance au changement dans le domaine de l'informatique et de la traçabilité. Les rôles et les missions du cadre de santé sur la formation des équipes et leur accompagnement me paraissaient évidents. La recherche qualitative inductive m'a amené vers d'autres horizons.

Je considère qu'un nombre suffisant d'éléments m'a été apporté pour répondre aux questionnements dans ce travail de recherche. J'ai appris que pour qu'une équipe adhère à un outil, comme le DPI dans ce mémoire, qu'elle se l'approprie et qu'elle s'investisse pour le faire évoluer, cela nécessite un ensemble complexe de facteurs corrélant co-construction, accompagnement, communication en réseau, environnement capacitant et relations non-humains/humains. J'ai donc compris que, dans la majeure partie des cas, une personne n'est pas résistante au changement en lui-même, il s'agit d'un ensemble de contextes qui ne favorisent pas la compréhension des enjeux de la transformation des pratiques et l'adhésion des outils vecteurs du changement.

Les résultats de la recherche m'ont permis d'analyser a posteriori les situations de départ évoquées dans le constat. Lors de la situation N°2 en chirurgie ambulatoire, la diminution d'adhésion à différents modules du DPI était probablement la conclusion de plusieurs facteurs ne favorisant pas l'investissement des équipes :

- Les derniers modules du DPI complétant le parcours chirurgical du patient n'ont pas été co-construits par l'unité de soins alors que cela aurait été nécessaire car elle utilise ce module quotidiennement.

- Je n'ai pas acculturé l'équipe aux changements incrémentaux après le déploiement du DPI spécialisé en chirurgie ambulatoire, considérant que le projet était terminé et les compétences acquises par tous.
- Il n'y avait pas de porte-paroles au sein de l'équipe pour transmettre les informations que je leur apportais et pour s'assurer de la qualité de la traçabilité en complément de mon rôle.
- Le service était frappé de plein fouet par des problématiques techniques de réseau qui vulnérabilisait l'équipe pour l'utilisation du DPI. Mes actions pour corriger ces problèmes étaient vaines.
- Ma charge de travail et les secteurs de soins qui m'étaient attribués ne me permettaient pas d'effectuer un accompagnement de proximité auprès de l'équipe au sujet de l'utilisation du DPI.

Ce travail de recherche a donc permis de répondre au questionnement de départ et de trouver les causes des problématiques décrites dans le constat.

Retour réflexif sur la méthodologie de la recherche

J'ai opté pour la recherche qualitative inductive avec théorisation ancrée pour la recherche. Cette méthodologie m'a permis de prioriser les données de terrain et les savoirs expérientiels. Le type de question semi-directives utilisé et les nombreuses relances que j'ai pu effectuer pour que les interviewés puissent développer des exemples d'expériences vécues ont rendu les enquêtes dynamiques et pragmatiques. Les 18 entretiens m'ont amené à une certaine saturation des données. J'en conclus que le nombre d'interrogés a constitué un panel d'avis exploitables et qualitatifs pour la recherche.

Cependant, l'enquête menée a présenté plusieurs biais. Dans l'ensemble des unités de soins interviewées, le contexte d'informatisation était relativement similaire. Toutes les unités de soins avaient un DPI déployé depuis plusieurs années. Les projets de changements de DPI étant relativement rares dans la vie des établissements de santé, soit environ tous les 15 ans, je n'ai pas pu enquêter sur des soignants vivant une phase de déploiement du DPI récent. Le cœur de l'enquête était concentré sur l'utilisation du DPI au quotidien par les soignants et sur leur investissement à le faire évoluer. Ce biais n'était donc pas bloquant pour la recherche mais il aurait été intéressant d'exploiter une comparaison entre un service utilisant un DPI récent et d'autres plus anciens.

Les aléas de l'enquête ont abouti à un autre biais concernant la population. Le choix est porté sur des cadres de santé et des infirmiers afin d'enquêter sur un public effectuant le même type de traçabilité des soins mais l'étude de cas et les disponibilités des soignants dans les services m'ont amené à interviewer deux kinésithérapeutes. J'aurais pu ne pas les interroger pour rester homogène sur les données recueillies mais j'ai pris ce risque d'hétérogénéité et je pense que cela a abouti à des données tout aussi exploitables qu'avec une population infirmière stricte, car les stratégies d'utilisation du DPI et les objectifs de traçabilité des soins sont identiques.

Puis, le parti pris concernant la population enquêtée amène à un autre biais. Je me suis concentré sur les données provenant du personnel paramédical pour rester dans le cœur d'une équipe et du métier de cadre de santé. Les avis et les expériences du corps médical vis-à-vis du DPI n'ont pas été directement recueillis. Cela aurait pu peut-être modifier les résultats de l'enquête.

Enfin, la revue de littérature effectuée s'est orientée sur les concepts évoqués lors des moments forts des entretiens. J'ai dû faire des choix pour me restreindre à quelques concepts clés comme la co-construction et la sociologie de la traduction. Cependant l'ensemble des données recueillies a permis d'être interprété selon les paradigmes des concepts développés comme l'exemple de la thématique de la conduite du changement abordé sous l'angle de la TAR et de la conduite du changement traduit. J'ai pris la mesure de la co-construction pour faire adhérer à un outil : la participation des membres d'un groupe ne suffit pas pour s'assurer qu'ils en aient compris le sens. Il s'agit plutôt de faire partie d'un collectif s'étant mis d'accord sur les objectifs et sur les processus d'emploi afin d'exploiter son utilisation avec efficacité. Initialement, j'aurais aimé aborder d'autres concepts étroitement liés à la thématique de recherche mais mes choix des angles d'attaque du travail ont été originaux et judicieux.

Projection professionnelle

Ce travail de recherche va m'être très utile lors de mes futures fonctions d'encadrement.

Tout d'abord concernant le prisme du DPI, ce travail m'a permis de développer des connaissances supplémentaires sur le contexte d'évolution du système de santé et des enjeux de traçabilité que cela suscite pour chaque professionnel de la santé. Ayant une expérience en tant qu'ancien chargé de mission au déploiement de DPI, je concentrais mes missions d'encadrement autour de l'apprentissage et de la résolution de problématiques pour mes équipes. Les enquêtes réalisées m'ont permis de comprendre comment mieux accompagner

chaque membre d'une équipe sur le long terme et qu'il ne suffit pas de former et de donner un outil « clés en main » pour qu'il soit utilisé de manière efficace. J'ai conclu grâce à la recherche que lorsqu'un professionnel est impliqué pour construire un outil avec ses collaborateurs, qu'il mobilise ses compétences pour la formation d'autrui et pour faire évoluer les pratiques, cela favorise sa motivation à utiliser le plein potentiel de ses outils de travail. Pour le cadre de santé, le DPI est un outil de travail intégré à la vie d'un service, il faut donc en prendre soin comme l'on prend soin d'une équipe.

Ensuite, ce travail de recherche va me servir concernant mes méthodes managériales. Je prône un management participatif depuis le début de mes fonctions d'encadrement. Les connaissances acquises grâce aux savoirs théoriques et expérientiels sur la co-construction, l'environnement capacitant et la conduite du changement traduit vont m'aider, au-delà de l'accompagnement des équipes autour du DPI, pour la gestion de projets et pour l'analyse et la résolution des situations-problèmes, plus généralement. Je veillerai également à constituer un réseau de porte-paroles, de référents autour de moi pour ne pas être l'unique vecteur de l'information. Ce travail de recherche a confirmé que la communication est complexe au sein de l'organisation hospitalière et qu'un manquement d'information sur un acteur peut casser toute la chaîne de la communication et peut mettre en péril un projet ou une cohésion d'équipe.

Pour terminer, les propos recueillis par les cadres de santé interrogés concernant leur charge de travail et le secteur de soins qui leur est attribué m'ont fait prendre beaucoup de recul sur mes futurs choix de carrière. En effet, mes collaborateurs et mes expériences antérieures me définissent comme un homme d'action et de réaction. Avoir un secteur de soins important sous ma responsabilité était valorisant et la forte charge de travail qui en découle s'apparentait comme un défi à relever. J'ai toujours accordé une importance à ce que mon équipe soit écoutée afin de résoudre ses problématiques et qu'elle ait toutes les ressources nécessaires pour effectuer un travail de qualité mais pour parvenir à leur bien-être et s'assurer que leur travail effectué leur fait sens, il faut aller plus loin et prendre plus de temps. Les cadres de santé interrogés m'ont fait prendre conscience de l'importance du temps que prend un accompagnement de proximité de qualité et des bénéfices pour l'équipe ; que ce soit pour l'adhésion aux outils, la qualité des soins, la prise en compte des besoins personnels ou la cohésion d'équipe. Je veillerai à être attentif à ma propre charge de travail afin de garder la voie de la proximité avec mes équipes.

Conclusion

Ce mémoire est issu d'une réflexion personnelle basée sur des expériences vécues autour du dossier patient informatisé. Le DPI est un outil de traçabilité au cœur des organisations d'un service de soins. Il génère des ressentis différents de la part des équipes soignantes vis-à-vis du rôle que joue le numérique dans la prise en charge du patient.

Le travail de recherche a débuté à partir d'un constat montrant deux situations contradictoires : l'une évoquant la réussite d'un projet d'informatisation d'un service et l'autre la diminution d'adhésion au DPI a posteriori pour le même service. Un questionnaire de départ a été émis pour comprendre quels sont les facteurs qui font en sorte que le personnel soignant adhère à l'outil informatique, se l'approprie et le fait évoluer, ainsi que le rôle que joue le cadre de santé pour son équipe.

Une enquête a été menée auprès de professionnels ayant une expertise en gestion de projet informatique et au sein des unités de soins. En suivant une méthodologie qualitative et inductive par la théorisation ancrée, les données recueillies ont fait l'objet d'une recherche conceptuelle autour de la co-construction, de la sociologie de la traduction sous le paradigme de la Théorie de l'Acteur-Réseau et de l'environnement capacitant.

L'association des enquêtes de terrain et des cadres conceptuels a permis une analyse fine et détaillée des données récoltées. Ces recherches ont abouti à plusieurs résultats répondant au questionnaire de départ. Elles montrent que nos organisations de soins se modernisent et se transforment. Tout d'abord, on retrouve trois facteurs essentiels favorisant l'investissement des équipes au DPI et la qualité de la traçabilité :

- La co-construction d'un DPI qui permet l'attachement des équipes aux outils informatiques.
- L'investissement du cadre de santé par accompagnement de proximité, par le relai des informations et par l'acculturation du changement qu'il apporte à ses équipes.
- L'environnement capacitant qui permet de limiter les freins à l'utilisation du DPI et d'autonomiser les équipes.

Puis, l'enquête a mis en évidence la perception du gain de temps qu'offre le DPI mais qui diffère selon le contexte organisationnel des unités de soins et des représentations personnelles du

numérique. L'évolution du numérique n'est pas perçue de la même façon par tous les professionnels : certains l'acceptent car il se révèle être un outil utile dans leur quotidien mais d'autres l'appréhendent et le subissent. L'évolution des métiers de la santé a été mise en évidence par un glissement de tâches du personnel soignant vers une charge plus administrative pour optimiser les prises en charge des patients, créant ainsi un sentiment de dépendance aux outils numériques.

En conclusion, l'utilisation du DPI reflète les aspects techniques et matériels des professions soignantes mais elle traduit également une réelle dimension humaine caractérisée par des interactions entre différents acteurs, ayant tous des compétences et des points de vue respectifs, et plaçant le cadre de santé comme un pilier dans l'organisation hospitalière.

L'innovation numérique est aujourd'hui au cœur des organisations sanitaires. Cela transforme la façon dont les professionnels de la santé considèrent leur relation entre le patient et les outils informatiques. L'avènement de l'intelligence artificielle (IA) qui évolue rapidement et qui peut être utilisée dans le domaine de la santé, va probablement exacerber l'évolution des relations humains/non-humains. L'utilisation de l'IA dans les dossiers médicaux informatisés peut offrir des avantages considérables pour les patients, les professionnels de la santé et les systèmes de santé en général, comme :

- L'amélioration de la précision des diagnostics par des algorithmes d'apprentissage automatique.
- La réduction des erreurs médicales en identifiant les risques et en alertant les professionnels de la santé sur les mesures à prendre pour éviter les complications.
- L'optimisation des flux de travail en automatisant certaines tâches répétitives et en les libérant pour se concentrer sur des tâches plus complexes nécessitant une expertise.
- L'accès aux soins de santé par des applications d'IA pouvant aider les patients à avoir accès à des consultations médicales en ligne, des diagnostics à distance, ...

Malgré ces avantages indéniables pour la qualité des prises en charge médicales, comment pouvons-nous assurer que l'utilisation de l'intelligence artificielle dans les soins ne réduit pas la qualité de la communication entre les professionnels de la santé et les patients, en particulier en ce qui concerne l'empathie, la compassion et la compréhension des besoins individuels des patients ?

Bibliographie

Ouvrages, chapitres d'ouvrage

- Balslev, K., & Saada-Robert, M. (2002). Expliquer l'apprentissage situé de la littéracie : Une démarche inductive/déductive. *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation* (p. 89-110). De Boeck supérieur.
- Callon, M., & Latour, B. (2016). La théorie de l'Acteur-Réseau. *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité* (p. 157-178). EMS Editions.
- Cauvin, P. (2014). *La cohésion des équipes : Pratique du team building* (8e édition)
- Csillik, A., & Fenouillet, F. (2019). Chapitre 13. Edward Deci, Richard Ryan et la théorie de l'autodétermination. *Psychologies pour la formation* (p. 223-240). Dunod.
- Fernagu, Oudet, & Solveig. (2012). Chapitre 14. Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. *Apprendre au travail* (p. 201-213). Presses Universitaires de France.
- Foudriat, M., & Barreyre, J.-Y. (2019). *La co-construction : Une alternative managériale* (2e édition). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Guerder, F. (2018). Chapitre 3. La révolution numérique à hôpital. *Architecture et ingénierie à l'hôpital* (p. 43-47). Presses de l'EHESP.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme : Un cadre théorique*. De Boeck & Larcier.
- Kletz, F., & Moisdon, J.-C. (2021). Chapitre 35. De la rencontre entre régulation et organisation. Le cas du système hospitalier. *Traité du management socio-économique* (p. 450-458). EMS Editions.
- Lascoumes, P. (2019). Traduction—Dictionnaire des politiques publiques. *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 643-650). (5e édition). Presses de Sciences Po.
- Miramón, J.-M., & Paturet, J.-B. (2020). *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* (p.121-140). (4e édition). Presses de l'École des hautes études en santé publique
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 174-201). (3e édition). Armand Colin.
- Viallon, C. (2020) *Accompagner la transformation numérique du secteur social et médico-social*. (p.121-177). ESF éditeur.

Articles et revues

- Acker, F. (2008). Infirmières : Des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? *Recherche en soins infirmiers*, vol.93(2), p.61-67.
- Ardic-Pulas, T., & Tuytten, A. (2011). Le dossier de soins informatisé, gage d'évolution des pratiques soignantes, *Soins Aides-soignantes*, vol.38, p. 24-25.
- Baujard, C., & Hamouda, I. B. (2015). La gestion de projet à l'Hôpital : Dossier patient informatisé et qualité de soins. *Recherches en Sciences de Gestion*, vol.109, p.147-163.
- Béjean, M., Kletz, F., & Moisdon, J.-C. (2018). Création de valeur organisationnelle et technologies de l'information à l'hôpital : Le cas du dossier patient informatisé. *Gestion et management public*, 6, p.9-24.
- Berbain, X., & Minvielle, E. (2001). L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : La barrière de l'apprentissage. *Sciences Sociales et Santé*, vol.19, p.77-106.
- Bernoux, P., & Gagnon, Y.-C. (2008). Une nouvelle voie pour réussir les changements technologiques : La co-construction. *La Revue des Sciences de Gestion*, vol.233(5), p.51-58.
- Callon, M., & Ferrary, M. (2006). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies pratiques*, vol.13(2), p.37-44.
- Debout, C. (2012). Théorie ancrée et recherche en soins infirmiers. *Soins*, vol.57, p.56-59.
- Fernagu, & Solveig. (2022). L'approche par les capacités dans le champ du travail et de la formation : Vers une définition des environnements capacitants ? *Travail et Apprentissages*, vol.23, p.40-69.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, vol.102(3), p.23-34.
- Masson, D. (2022). Du papier au numérique. Le dossier, signe de changements des pratiques. Les usages numériques dans l'accompagnement médico-social : quels impacts dans le parcours usagers et dans les pratiques professionnelles. *Empan*, vol.126(2), p.129-140.
- Mayère, A., Bazet, I., & Roux, A. (2012). « Zéro papier » et « pense-bêtes » à l'aune de l'informatisation du dossier de soins. *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol.6, p.115-139.
- Méliani, V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : Illustration des apports et des limites de la méthode, *Recherches qualitatives*, vol.5, p. 435-452.

- Morquin, D., & Ologeanu-Taddei, R. (2018). Formalisation habilitante versus coercitive : Le chaînon manquant pour comprendre le bilan mitigé du Dossier Patient Informatisé dans les hôpitaux. *Management & Avenir*, vol.100(2), p. 165-187.
- Muller, A. (2020). L'impact du numérique dans le domaine de la santé. *Soins*, vol.65, numéro 842, p. 33-37.
- Ologeanu-Taddei, R., & Paré, G. (2017). Technologies de l'information en santé : Un regard innovant et pragmatique. *Systèmes d'information & management*, vol.22(1), p.3-8.
- Parent, C., & Bareil, C. (2014). Gérer une équipe de changement : Illustration de pratiques appliquées au secteur de la santé et des services sociaux. *Gestion*, vol.39(3), p.75-84.
- Perrin, N. (2005). La méthode inductive, un outil pertinent pour une formation par la recherche ? Quelques enjeux pour le mémoire professionnel. *Formation et pratiques d'enseignement en question*, vol.2, p. 125-137.
- Valenduc, G. (2017). Les relations controversées entre les technologies numériques et l'emploi. *Reflètes et perspectives de la vie économique*, vol.3, p.33-46.
- Volat, G. (2021). Vers une ingénierie communicationnelle pour penser la co-construction de l'action publique ? *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, vol.33, Art. 33.
- Walsh, I., & Renaud, A. (2010). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information. *Management & Avenir*, vol.39(9), p.283-302.

Pages Web

- Crozier, F. *Analyse stratégique - L'acteur et le système*. Consulté le 19 novembre 2022, à l'adresse https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/27_analyse_strategique_d_cle58811f.pdf
- Haute Autorité de Santé (2020). *Evaluation du système d'information hospitalier (SIH) et du dossier patient selon le référentiel de certification 2020*. Consulté le 12 avril 2023, à l'adresse fiche_pedagogique_systeme_info_hospitalier_dossier_patient_certification.pdf ([has-sante.fr](https://www.has-sante.fr))

- Cadredesante.com (2010). *La mise en place du Dossier Patient Informatisé (DPI) en soins de suite et (...)*. Consulté le 27 septembre 2022, à l'adresse <https://www.cadredesante.com/spip/profession/ntic/article/la-mise-en-place-du-dossier>
- ANAP (2019). *Le numérique en santé—Comprendre les problématiques d'un projet de Dossier Patient Informatisé et Interopérable*. Consulté le 23 novembre 2022, à l'adresse <https://ressources.anap.fr/numerique/publication/484-chapeau-dpi-pourquoi-le-passage-du-dossier-papier-au-dossier-informatise>
- Gestions Hospitalières (2021). *Numérisation et pratique infirmière*. Consulté le 13 novembre 2022, à l'adresse <https://gestions-hospitalieres.fr/numerisation-et-pratique-infirmiere/>
- Wikipédia (2021). *Théorisation ancrée*. Consulté le 29 novembre 2022, à l'adresse https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orisation_ancr%C3%A9e&oldid=184964149
- Solidarités-santé (2018). *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière - Ministère de la Santé et de la Prévention*. Consulté le 16 novembre 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/transformer-les-conditions-d-exercice-des-metiers-dans-la-communaute>
- FNEGE Médias (Réalisateur). (2022, septembre 1). *Qu'est-ce que la « théorie de l'acteur-réseau » ?* [Vidéo]. Youtube. Consulté le 13 février 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=Fub92zdQOZw>

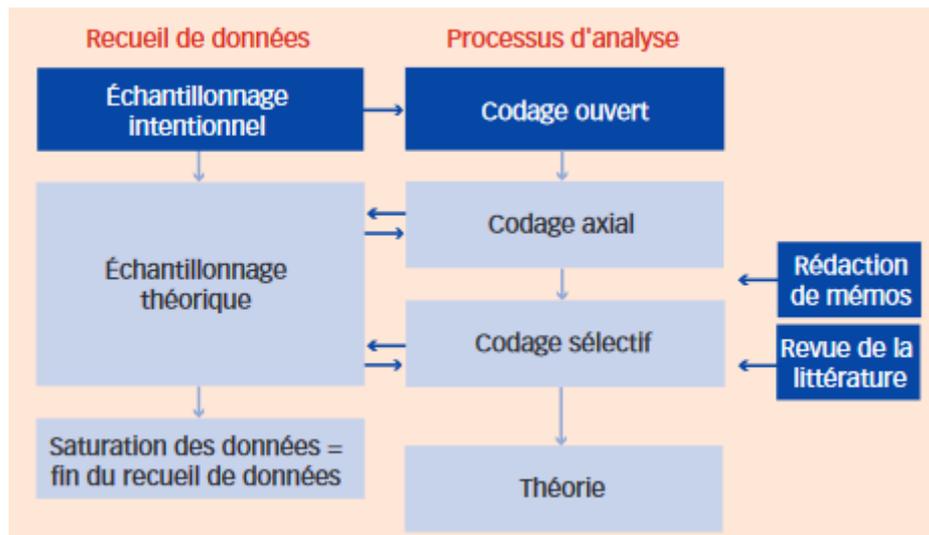
Travaux universitaires

- Bartkowiak, C. (2021). *Le management à distance : Un développement partagé* [Mémoire d'initiation à la recherche], IFCS CHU de LILLE.
- Boissé, A. (2021). *L'accompagnement et l'adhésion des équipes dans l'informatisation des outils de soins* [Mémoire d'initiation à la recherche], IFCS CHU de ANGERS.

- Boissier, V. (2017). *Accompagner et ancrer le changement, une mission au cœur du sens pour le cadre de santé* [Mémoire d'initiation à la recherche], IFCS CHU de RENNES.
- Brillaud, D. (2017). *DPI_corps_étranger_pour_IDE* [Mémoire d'initiation à la recherche], IFCS CHU de NANTES.
- Devigne, N. (2017). *L'informatisation de la prescription : quels impacts dans les services de soins infirmiers ?* [Mémoire d'initiation à la recherche], IFCS CHU de NANTES.
- Franchi, J. (2017). *Le dossier patient informatise : enjeux et conséquences pour le personnel soignant* [Mémoire d'initiation à la recherche], IFCS CHU de LILLE.
- Gardan, A. (2015). *L'informatisation du dossier patient au CH de Ferté Bernard - Les enjeux de la construction d'un hôpital numérique* [Mémoire EHESP].
- Magendie, Y. (2017). *Le cadre de santé « 2.0 » : Une (r)évolution inéluctable ?* [Mémoire d'initiation à la recherche], IFCS CHU de NANTES.
- Pierre-Seguin, A. (2007). *Les discours d'accompagnement du changement : Comment passer de la persuasion à la création d'un contexte favorable à l'appropriation ?* [Mémoire EHESP Université Rennes 2]. https://memsic.ccsd.cnrs.fr/mem_00000545

Annexes

Annexe N°1 : Recueil de données et processus d'analyse en théorie ancrée



Annexe N°2 : Guide d'entretien série N°1

Présentation et parcours professionnel

« Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel et votre fonction actuelle ? »

Le déploiement et l'entretien d'un DPI (1)

« Vous avez participé à un projet de déploiement d'outils de soins informatisés. Selon vous, quelles sont les recettes pour réussir un projet de mise en place d'un DPI dans un service de soins ? »

Le déploiement et l'entretien d'un DPI (2)

« Pouvez-vous me donner un exemple représentatif de succès d'informatisation ? »

L'accompagnement de terrain au changement des outils informatisés de soins

« Vous avez pu accompagner des équipes soignantes dans l'évolution des outils de soins informatisés. Quelle était la stratégie d'accompagnement ? Qu'avez-vous mis en place pour accompagner ce changement de pratiques ? »

La résistance au changement d'outils de soins informatisés

« Avez-vous vécu des situations où des soignants ont manifesté des difficultés d'adhésion aux évolutions du dossier de soins informatisé ? Si oui, qu'avez-vous mis en place auprès de ces personnes ? »

Transition numérique

« Selon vos expériences, quels sont les impacts du virage numérique dans l'évolution de notre système de santé ? »

Annexe N°3 : Analyse quantitative des concepts de la série d'entretien N°1

Concepts croisés	
Accompagnement au changement	5
Co-construction	4
Communication	4
Performance des organisations	4
Résistance au changement	4
Traduction de l'information	4
Apprentissage	3
Compétences	3
Raisonnement clinique	3
Responsabilité professionnelle	3
Informatisation des outils de soins	2
Motivation	2
Outils de gestion de management	2
Rationalisation des outils de soins	2
Traçabilité des soins	2
Compétences numériques	1
Inter générationnalité	1
Leadership	1
Pouvoir	1
Rapport à la rédaction	1
Sécurité des données de soins	1

Annexe N°4 : Guide d'entretien téléphonique – recherche de terrains d'enquête

Informatisation de l'établissement

Les services de soins sont-ils informatisés ? Y-a-t-il des services encore non informatisés ?

Quel est le logiciel utilisé ?

Y a-t-il une équipe informatique sur place ?

Depuis quand le logiciel est mis en place ?

Equipe informatique et évolutions

Lors du déploiement, y avait-il une équipe informatique en support pour aider les équipes ?

Aujourd'hui, l'équipe informatique est-elle présente pour les mises à jour ?

Y a-t-il une hotline ? Quel est le processus lors s'une demande d'intervention envers l'équipe informatique ?

Lorsque vous avez une demande d'évolution du DPI, comment cela se passe ?

Formations et référents

Y a-t-il des formations à l'informatique ou au DPI ?

Y a-t-il des référents DPI dans les services ?

Y a-t-il un service moteur dans l'informatisation des outils de soins ?

Y a-t-il un référent, expert sur le sujet, que je puisse contacter ?

Adhésion des équipes

Comment les sont les rapports entre les équipes et le DPI ?

Est-il apprécié et maîtrisé ?

Y a-t-il des soignants avec une appréhension sur le DPI ?

Le rôle de l'encadrement

Les cadres de santé utilisent-ils le DPI au quotidien ?

Ont-ils des liens avec l'équipe DPI ou les projets informatiques ?

Annexe N°5 : Guide d'entretien N°2

Cadre de santé	Infirmier/Kinésithérapeute
Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel et vos fonctions actuelles ?	Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel et vos fonctions actuelles ?
Vous utilisez le dossier patient informatisé quotidiennement. Pouvez-vous m'expliquer comment le DPI a été mis en place dans votre service ?	Vous utilisez le dossier patient informatisé quotidiennement. Pouvez-vous m'expliquer comment le DPI a été mis en place dans votre service ?
Pouvez-vous développer un exemple de mise à jour du DPI impliquant un changement dans votre prise en charge des patients ?	Pouvez-vous développer un exemple de mise à jour du DPI impliquant un changement dans votre prise en charge des patients ?
Au quotidien, comment vous êtes-vous approprié votre DPI ?	Au quotidien, comment vous êtes-vous approprié votre DPI ?
En quoi considérez-vous que votre utilisation du DPI impacte la prise en charge de patients au quotidien ?	En quoi considérez-vous que votre utilisation du DPI impacte votre prise en charge de patients au quotidien ?
Est-ce que vous êtes sollicité pour participer à son évolution ?	Est-ce que le cadre de santé vous sollicite pour participer aux mises à jour ?
Pouvez-vous m'expliquer quelles sont vos méthodes pour accompagner votre équipe dans l'utilisation du DPI au quotidien ?	
	Selon-vous, quel est le rôle du cadre par rapport au DPI dans votre service ?
Quels sont les outils mis en place pour vous aider à communiquer les informations relatives au DPI auprès de votre équipe ?	Quels sont les outils mis en place pour la communication des informations relatives au DPI dans le service ?
	Seriez-vous prêts à changer de DPI ? A participer à ce changement ?
Avez-vous vécu des situations où des soignants ont manifesté des difficultés d'adhésion aux évolutions du dossier de soins informatisé ? Si oui, qu'avez-vous mis en place auprès de ces personnes ?	
Comment pourriez-vous mettre à contribution vos compétences dans l'utilisation du DPI pour optimiser votre organisation ?	Comment pourriez-vous mettre à contribution vos compétences dans l'utilisation du DPI pour optimiser l'organisation dans le service ?
Pour conclure, est ce que vous vous attendiez à ces questions dans cet entretien ? Y-a-t-il autre chose que vous souhaitez aborder sur l'utilisation du DPI dans votre service ?	Pour conclure, est ce que vous vous attendiez à ces questions dans cet entretien ? Y-a-t-il autre chose que vous souhaitez aborder sur l'utilisation du DPI dans votre quotidien ?

Annexe N°6 : Analyse du rapport perçu entre le temps et le DPI

	Gain de temps	Perte de temps	Rapport entre gain et perte	Dépendance
CDS-U1				
CDS-U2	Les compétences en DPI influent sur le temps de retranscription. Si maîtrise du DPI, gain de temps		Gain supérieur à la perte	
CDS-U3	Accessibilité de l'information Accessibilité dossier médical			
CDS-U4	Acheminement de l'information instantané	Temps de retranscription, traçabilité narrative	Perte supérieure au gain	
IDE1-U1	Temps de retranscription Rationalisation des données de surveillance Aide diagnostique	Obligation de l'augmentation de traçabilité pour la qualité des soins et des suivis	Perte supérieure au gain	Obligation de traçabilité pour la qualité de suivi et la facturation des hospitalisations
IDE2-U1	Accessibilité de l'information	Problèmes techniques et réseau Obligation de l'augmentation de traçabilité pour la qualité des soins et des suivis patients	Perte supérieure au gain	
IDE1-U2		Temps de retranscription Temps de lecture des transmissions		
IDE2-U2				
IDE3-U2	Les compétences en DPI influent sur le temps de retranscription. Si maîtrise du DPI, gain de temps	Perte de compétences lors de changement de DPI	Gain supérieur à la perte	
IDE1-U5	Rapidité d'accès au suivi des patients Acheminement de l'information instantané			
IDE1&2-U3	Accessibilité de l'information Acheminement de l'information instantané			Dépendance à l'informatique par ses avantages dans le suivi du patient, dépendance dans l'interopérabilité de la donnée
IDE2-U5	Accessibilité de l'information	Temps de retranscription Traçabilité narrative	Gain supérieur à la perte	
KINE1-U4		Temps de retranscription		Obligation de dédier un temps de retranscription hebdomadaire
KINE2-U4	Rapidité d'accès au suivi des patients Acheminement de l'information instantané	Temps de retranscription Traçabilité narrative	Gain supérieur à la perte	

Table des matières

Introduction	1
1. Mes expériences professionnelles	2
2. Constat de départ	3
3. Méthodologie	8
3.1. Méthodologie de recherche	8
3.1.1. La méthode qualitative	8
3.1.2. La posture inductive	9
3.1.3. La théorisation ancrée	10
3.2. Méthodologie d'enquête	11
3.2.1. La méthode exploratoire.....	11
3.2.2. L'entretien semi directif.....	12
3.2.3. Le choix de la population	13
4. Le DPI au cœur du système d'information en santé	14
4.1. L'évolution numérique du système de santé	14
4.2. Le développement du système d'information hospitalier.....	15
4.3. Le dossier patient informatisé.....	16
4.4. La démarche de projet informatique.....	17
4.5. L'usage du DPI.....	18
5. Première série d'entretiens	21
5.1. Population.....	21
5.2. Le guide d'entretien.....	21
5.3. Analyse de contenu.....	22
5.3.1. Entretien avec un directeur du SIH	22
5.3.2. Entretien avec un cadre supérieur de santé	25
5.3.3. Entretien avec un chef de projet DPI.....	28
5.4. Analyse transversale des entretiens	34
6. Théorisation	37
6.1. La co-construction	37
6.1.1. Définition de la co-construction	37
6.1.2. La pluralité des points de vue.....	39
6.1.3. Les changements cognitifs	40

6.1.4.	La recherche de convergence des points de vue	41
6.1.5.	Le compromis.....	42
6.1.6.	Les freins à la co-construction	43
6.1.7.	La co-construction, un levier managérial.....	44
6.1.8.	La co-construction dans l’informatisation des unités de soins.....	45
6.2.	Le cadre et le réseau, dans la traduction de l’information.....	47
6.2.1.	La traduction	48
6.2.2.	La théorie de l’acteur-réseau	48
6.2.3.	L’approche de la TAR dans l’informatisation des unités de soins.....	50
6.2.4.	La conduite du changement traduit	51
7.	Synthèse de la première partie de la recherche	54
8.	Seconde série d’entretiens	56
8.1.	Population.....	56
8.2.	Le guide d’entretien.....	57
8.3.	Analyse transversale des entretiens	58
8.3.1.	Contexte des entretiens.....	58
8.3.2.	La co-construction du DPI, un révélateur de l’engagement à son évolution ? ...	63
8.3.2.1.	Les cas de DPI co-construits.....	64
8.3.2.2.	Les cas de DPI non co-construits.....	69
8.3.2.3.	Le cas d’une co-construction progressive et engagée.....	73
8.3.3.	Le cadre de santé, un motivateur pour l’investissement autour du DPI.....	76
8.3.3.1.	Par l’accompagnement de proximité.....	76
8.3.3.2.	Par le relai des informations	82
8.3.3.3.	Par l’acculturation et la conduite de changements.....	85
8.3.4.	Lutter contre la vulnérabilité de l’équipe, un levier de l’autonomie	90
8.3.4.1.	Les freins à l’utilisation du DPI.....	90
8.3.4.2.	La dépendance temporelle et le DPI.....	95
8.3.4.3.	L’environnement, l’organisation et l’autonomie	99
9.	Synthèse de la recherche empirique	103
10.	Discussion	105
	Conclusion	109
	Bibliographie	111
	Annexes	116
	Annexe N°1 : Recueil de données et processus d’analyse en théorie ancrée.....	116
	Annexe N°2 : Guide d’entretien série N°1	117

Annexe N°3 : Analyse quantitative des concepts de la série d'entretien N°1.....	118
Annexe N°4 : Guide d'entretien téléphonique – rechercher de terrains d'enquête.....	119
Annexe N°5 : Guide d'entretien N°2	120
Annexe N°6 : Analyse du rapport perçu entre le temps et le DPI.....	121
Table des matières	122
Liste des figures, tableaux et annexes	125

Liste des figures, tableaux et annexes

Liste des figures

Figure 1. Relation entre convergence et distance cognitive	42
--	----

Liste des tableaux

Tableau 1. Les différentes formes de participation à l'action publique	39
Tableau 2. Comparatif entre l'analyse stratégique des organisations et la TAR	49
Tableau 3. Les moments de la conduite du changement traduit	52
Tableau 4. Echantillon des interviewés	58
Tableau 5. Analyse du contexte des unités de soins interrogées	62

Liste des annexes

Annexe N°1 : Recueil de données et processus d'analyse en théorie ancrée	116
Annexe N°2 : Guide d'entretien série N°1	117
Annexe N°3 : Analyse quantitative des concepts de la série d'entretien N°1	118
Annexe N°4 : Guide d'entretien téléphonique – rechercher de terrains d'enquête	119
Annexe N°5 : Guide d'entretien N°2	120
Annexe N°6 : Analyse du rapport perçu entre le temps et le DPI	121

<p align="center">Prendre soin du Dossier Patient Informatisé - Une priorité managériale pour l'investissement des équipes</p>	<p align="center">Taking care of the Computerized Patient Record - A managerial priority for team commitment</p>
<p>Les professionnels de santé sont confrontés à l'évolution du numérique. Aujourd'hui, le Dossier Patient Informatisé (DPI) fait partie intégrante d'une grande majorité des services de soins dans les établissements de santé. Il génère des points de vue différents de la part des soignants vis-à-vis du rôle que joue le numérique dans la prise en charge du patient, il peut donner lieu à de l'enthousiasme ou de la réticence à son utilisation. Ce travail de recherche s'intéresse à la prise de conscience des enjeux de l'informatisation des services de soins et des besoins d'une équipe face au numérique.</p> <p>Quels sont les facteurs qui conduisent le personnel soignant à adhérer à l'outil informatique, à se l'approprier et à le faire évoluer ?</p> <p>Pour répondre à ces questionnements, une enquête qualitative utilisant la méthode inductive a été menée auprès de professionnels ayant une expertise en gestion de projet informatique, de cadres de santé et du personnel paramédical au sein des unités de soins. Les résultats ont mis en évidence trois composants favorisant l'appropriation des équipes au DPI et leur investissement pour la qualité de la traçabilité : la co-construction du DPI par les équipes, l'accompagnement de proximité du cadre de santé permettant le relai des informations et l'acculturation des équipes au changement, et l'environnement capacitant qui limite les freins à l'utilisation du DPI.</p> <p>La recherche porte exclusivement dans des services de soins utilisant un DPI depuis plusieurs années. Elle montre qu'au-delà des aspects techniques et matériels, la prise en soin du DPI est le reflet des interactions entre les membres d'une équipe ayant des besoins spécifiques et du rôle du cadre de santé dans les organisations.</p>	<p>Healthcare professionals are facing a digital revolution. Today, the Computerized Patient Record (CPR) is an integral part of most units in healthcare facilities. It generates different points of view from caregivers about the role that digital technology plays in patient management, it can give rise to enthusiasm or reluctance to use it. This research project focuses on the awareness of the challenges of the computerization in healthcare services and the needs of a team in the digital world.</p> <p>What are the factors that lead caregivers to adhere to the computer tool, to adopt it and to make it evolve?</p> <p>To answer these questions, a qualitative survey using the inductive method was conducted of professionals with expertise in IT project management, healthcare managers and paramedical staff in the care units. The results have highlighted three components promoting the adoption of teams to the CPR and their commitment for the quality of traceability: the co-construction of the CPR by the teams, the close support of the healthcare manager who relays information and acculturates the teams to change, and the enabling environment that limits the obstacles to the use of CPR.</p> <p>The research is carried out exclusively in care units using CPR for several years. It shows that beyond the technical and material aspects, CPR care reflects the interactions between team members with specific needs and the role of the healthcare manager in organizations.</p>
<p>MOTS CLÉS</p> <p>Dossier patient informatisé, co-construction, accompagnement, réseau, environnement capacitant, numérique.</p>	<p>KEY WORDS</p> <p>Computerized patient record, co-construction, close support, network, enabling environment, digital.</p>
<p>BIBLIOGRAPHIE</p> <p>Michel Foudriat, Jean-Claude Moisdon, Philippe Bernoux, Xavier Berbain, Solveig Fernagu.</p>	

Nombre de pages : 110