

Faculté de santé publique

Analyse de l'abandon du Dossier Infirmier Électronique dans les services Aide & Soins à Domicile (ASD)

Analyse qualitative via le modèle de Donabedian
affinée par la grille de lecture de Greenhalgh

Mémoire réalisé par
Anne-Sophie Paquet

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Analyse de l'abandon du Dossier Infirmier Électronique dans les services Aide & Soins à Domicile (ASD)

Analyse qualitative via le modèle de Donabedian
affinée par la grille de lecture de Greenhalgh

Mémoire réalisé par
Anne-Sophie Paquet

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Au terme de ce mémoire, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement le professeur Walter Hesbeen, promoteur de ce mémoire, pour son accompagnement, ses conseils avisés, son soutien, sa patience et son humanité. Je remercie d'avance le professeur Michel Dupuis d'avoir accepté de présider le jury de la défense de ce mémoire.

Je remercie la FASD pour m'avoir permis de réaliser ce mémoire. Je tiens à adresser un merci tout particulier à Aurore et Edgard pour leur soutien et relectures ainsi qu'à Olivier pour son coaching intensif et ses précieux conseils.

J'adresse également mes remerciements et toute ma reconnaissance aux personnes interviewées qui ont accepté de me consacrer un peu de leur temps et ont répondu à mes questions avec le plus grand sérieux.

Je souhaite également remercier l'ensemble du corps professoral de la Faculté de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain pour leur enseignement de qualité.

Enfin, mes plus sincères remerciements pour mon époux et ma fille, pour leur indéfectible soutien tout au long de ces cinq dernières années, sans qui je n'aurais pu mener à bien ce mémoire et ce master.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

*« Le succès n'est pas final, l'échec n'est pas fatal : c'est le
courage de continuer qui compte. »*

Winston Churchill

Table des matières

0.	Préambule : Qui suis-je ?.....	2
1.	Problème et situation.....	3
1.1.	D’où vient l’idée de ce mémoire ?.....	3
1.2.	Contextualisation de la problématique	4
1.2.1.	Historique des ASD et de la FASD (FASD, 2020)	4
1.2.2.	Pourquoi un service informatique centralisé à la FASD ?	4
1.2.2.1.	Parenthèse : L’histoire du Dossier Infirmier Électronique (DIE)	5
1.2.3.	Gouvernance FASD – ASD(FASD, 2020).....	6
1.2.4.	Pourquoi adopter un logiciel infirmier ?	8
1.2.5.	Digitalisation : une plus-value ?.....	10
1.3.	Revue de la littérature – Cadre théorique	11
1.3.1.	Introduction	11
1.3.2.	Digitalisation <i>versus</i> Numérisation.....	12
1.3.3.	Le modèle de Donabedian.....	14
1.3.4.	Le modèle de Greenhalgh.....	16
1.3.4.1.	1 ^{ère} composante : « L’innovation »	17
1.3.4.2.	2 ^{ème} composante : « Adopter » (= l’adoption par les personnes).....	18
1.3.4.3.	3 ^{ème} et 4 ^{ème} composantes : la diffusion et la dissémination.....	18
1.3.4.4.	5 ^{ème} composante : Antécédents du système vis-à-vis de l’innovation	20
1.3.4.5.	6 ^{ème} composante : L’ouverture à l’innovation du système.....	21
1.3.4.6.	7 ^{ème} composante : le contexte externe.....	21
1.3.4.7.	8 ^{ème} composante : L’implémentation.....	22
1.3.4.8.	Liens entre les composantes du modèle (preuves empiriques et arguments théoriques solides).....	23
2.	Méthode.....	24
2.1.	Choix de la méthode	24

2.2.	Type et technique de collecte des données	24
2.3.	Outils de collecte des données	25
2.3.1.	Point de vue de la structure (le contexte)	25
2.3.1.1.	Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation.....	25
2.3.1.2.	L'ouverture à l'innovation du système	25
2.3.1.3.	Le contexte externe.....	26
2.3.2.	Point de vue du processus (les actions)	26
2.3.2.1.	L'innovation.....	26
2.3.2.2.	La diffusion et la dissémination.....	27
2.3.2.3.	L'implémentation.....	27
2.3.2.4.	Des liens au stade de développement de l'innovation	28
2.3.3.	Point de vue transversal : structure et processus	28
2.3.3.1.	Adopter (= l'adoption des personnes).....	28
2.3.3.2.	Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe	28
2.4.	L'échantillon.....	29
2.5.	Méthode d'analyse.....	30
2.6.	Résultats attendus	30
3.	Résultats et élaboration des solutions (« Bonnes pratiques »)	31
3.1.	Point de vue de la Structure (le contexte)	32
3.1.1.	Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation	32
3.1.1.1.	Déterminants structurels	32
3.1.1.2.	La capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation	33
3.1.1.3.	Un contexte réceptif au changement = caractéristiques organisationnelles	33
3.1.2.	L'ouverture à l'innovation du système.....	34
3.1.2.1.	La tension pour le changement	34
3.1.2.2.	L'adéquation du changement par rapport au système : Conformément aux valeurs, normes, stratégies, objectifs, skill mix (compétences diverses), NTIC et manières de travailler	34

3.1.2.3.	L'évaluation des implications.....	35
3.1.3.	Le contexte externe	36
3.2.	Point de vue du Processus.....	37
3.2.1.	L'innovation	37
3.2.1.1.	L'avantage relatif et le caractère observable de l'innovation	37
3.2.1.2.	La compatibilité	37
3.2.1.3.	La complexité.....	38
3.2.1.4.	Le caractère expérimental de l'innovation.....	38
3.2.1.5.	La réinvention	38
3.2.1.6.	Des frontières floues	38
3.2.1.7.	Risque	39
3.2.1.8.	Liée à la performance.....	39
3.2.1.9.	Les connaissances nécessaires pour l'utiliser	39
3.2.1.10.	Support technique	40
3.2.2.	La diffusion et la dissémination	41
3.2.3.	L'implémentation	42
3.2.3.1.	Le soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication.....	42
3.2.3.2.	La question des ressources humaines.....	42
3.2.3.3.	Le feed-back à propos de l'impact du processus	43
3.2.3.4.	L'adaptation / la réinvention.....	44
3.2.4.	Des liens au stade de développement de l'innovation.....	45
3.3.	Point de vue transversal : Structure et Processus.....	45
3.3.1.	Adopter (= l'adoption par les personnes).....	46
3.3.1.1.	Questions au stade de pré-adoption du DIE.....	46
3.3.1.2.	Questions au début de l'adoption.....	46
3.3.1.3.	Questions en cours d'adoption.....	47
3.3.2.	Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe	48

4.	Discussion des résultats.....	51
4.1.	Point de vue de la Structure.....	51
4.1.1.	Limites.....	52
4.2.	Point de vue du Processus.....	52
4.2.1.	Limites.....	53
4.3.	Point de vue transversal : Structure et Processus.....	53
5.	Préconisations et Perspectives.....	55
6.	Conclusion.....	56
	Bibliographie.....	58
	Articles	58
	Cours académiques.....	58
	Documents FASD.....	59
	Mémoires et Travaux de fin d'études.....	59
	Pages web.....	59
	Annexes	62
	Annexe 1 : Historique du réseau FASD	62
	Annexe 2 : Carte géographique du territoire couvert par chaque ASD.....	65
	Annexe 3 : Guide d'entretien «Point de vue de la Structure (contexte) ».....	66
	Annexe 4 : Guide d'entretien « Point de vue du Processus (actions) ».....	68
	Annexe 5 : Entretiens	70
	Entretien « Processus » : Infirmière-chef – Retranscription intégrale	70
	Entretien « Processus » : Directrice Soins Infirmiers.....	81
	Entretien « Processus » : Infirmier (infirmier référent DIE)	88
	Entretien « Structure : responsable informatique FASD.....	94
	Entretien « Structure » : ex-directeur général FASD	102
	Annexe 6 : Résultats de l'enquête de satisfaction DIE auprès des infirmiers en ASD	111
	Annexe 7 : Guide des « Bonnes pratiques ».....	142

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ASD : Aide & Soins à Domicile

CA : Conseil d'Administration

CD : Collège des Directeurs

CJB : Croix Jaune et Blanche

DAF(I) : Direction Administrative et Financière (et Informatique)

DG : Directeur Général

DIE : Dossier Infirmier Électronique

DSI : Direction Soins Infirmiers

FASD : Fédération de l'Aide & des Soins à Domicile

GIS : Groupe Informatique Stratégique

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

NTIC : Nouvelles Technologies d'Information et de Communication

PV : Procès-verbaux ; terme employé pour désigner des rapports de réunions

0. PRÉAMBULE : QUI SUIS-JE ?

J'ai commencé ma carrière à l'Aide & Soins à Domicile (ASD)¹ du Luxembourg en tant qu'infirmière dès mon diplôme en poche. Après une petite douzaine d'années, j'ai eu envie d'évolution professionnelle et, en janvier 2015, j'ai rejoint la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD) (Fédération de l'Aide & des Soins à Domicile, 2020) en tant que chargée de mission « Tutorat ». Depuis septembre 2016, ma fonction a évolué pour devenir « chargée de mission en soins infirmiers » avec, pour première « mission », la charge du projet « Dossier Infirmier Électronique » : aide et support à la finalisation du développement par notre collaborateur externe informatique et implémentation au sein des équipes de soins infirmiers Aide & Soins à Domicile.

Ce parcours professionnel est, certes, atypique ! Néanmoins, le « terrain » demeure une grande passion et ma fonction à la FASD me permet de maintenir un lien étroit avec celui-ci au travers de différents (et multiples) contacts professionnels par des groupes de travail ou réunions internes ou externes, ou encore par des contacts plus « informels ».

Par ailleurs, j'ai plusieurs mandats, en tant que représentante FASD, estampillés « e-santé ».

Un d'entre eux est d'avoir participé au groupe de travail au sein de la plateforme e-Health sur les nouveaux critères d'homologation des logiciels infirmiers (plateforme e-Health, 2020). Ce mandat m'a permis d'acquérir une grande connaissance du vaste paysage e-Santé belge. En lien avec ce domaine, un autre mandat est de siéger au comité de pilotage du Réseau Santé Wallon (Réseau Santé Wallon, 2020), rôle qui me permet de participer concrètement à l'évolution des pratiques de partage de données de santé entre prestataires de soins de santé (médecins, kinés, infirmiers, etc.) et ce, avec une vision plus stratégique à long terme.

Côté vie privée, je suis mariée depuis de nombreuses années à un homme merveilleusement soutenant et, ensemble, nous sommes les heureux parents adoptifs d'une grande fille de 9 ans, Julia.

Vous l'aurez compris, une vie de famille, un temps plein et un Master font que j'ai une vie bien remplie mais surtout (et c'est le plus important !) plus passionnante et épanouissante que jamais !

¹ Plus d'explications sur les ASD et la FASD à la section 1.2. Contextualisation de la problématique

1. PROBLÈME ET SITUATION

1.1. D’OÙ VIENT L’IDÉE DE CE MÉMOIRE ?

C’est au cours de « WFSP2231 – La démarche EBN/EBP (Evidence-based nursing / Evidence-based practice) » (Van Durme, 2019) que m’est venue l’idée de ce mémoire.

Nous avons vu à ce cours 2 modèles/théories qui sont pertinents pour évaluer et guider l’implémentation d’un projet en santé. Concernant le premier, il s’agit du modèle de Donabedian établissant des indicateurs de structure, processus et résultats dans le cadre de la qualité des soins. Cependant, ce modèle n’aborde pas certains éléments qui amènent au succès de l’implémentation d’un tel projet. C’est pourquoi le modèle de Greenhalgh (Greenhalgh, 2004) va me permettre d’être plus précise dans l’analyse de l’implémentation du DIE. Ce modèle *« peut être vu comme une grille de lecture pour analyser les différents aspects d’une situation complexe et leurs interactions pour pouvoir implémenter une innovation »* (Van Durme, 2019).

Comme évoqué ci-avant, j’ai été chargée de l’implémentation du Dossier Infirmier Électronique (DIE) au sein des équipes de soins infirmiers Aide & Soins à Domicile (ASD). La section suivante – 1.2.1. Historique des ASD et de la FASD – précise la nature de ces structures.

Nous avons développé, en collaboration avec une entreprise informatique externe, l’application DIE qui avait pour but ultime de supprimer complètement le dossier papier au domicile du bénéficiaire. Ce projet ayant été mon activité principale durant plus de trois ans, il était évident qu’il incarne le thème de mon mémoire. La découverte du modèle de Greenhalgh concorde avec la fin de l’implémentation du DIE qui suscitait l’expression de frustrations et mécontentements. Par ailleurs, l’application DIE s’étant révélée trop « critique », au sens informatique du terme, un choix alternatif de la part des ASD a dû être posé : arrêt de l’utilisation du DIE en fin 2019 pour s’orienter vers un logiciel externe homologué par la plateforme e-Health, implémenté sur l’ensemble des ASD au cours de l’année 2021.

Vu ce contexte de changement de logiciel – qui a exigé une charge de travail considérable de ma part – et le contexte de crise socio-sanitaire Covid-19 compliquant nos processus au sein de la FASD et impliquant un support accru aux ASD, mes aspirations pour ce mémoire ont dû être revue à la baisse. Initialement, il était prévu que je compare la situation des ASD en termes de transformation digitale à d’autres structures similaires en Belgique mais également dans un ou plusieurs pays limitrophes ainsi qu’au milieu hospitalier pour élaborer un tableau de bord d’indicateurs pour guider la FASD dans ses projets futurs.

À la suite de toutes ces complications, *in fine*, l'objectif de ce mémoire est de comprendre l'abandon du DIE via le modèle de Donabedian affiné par la grille de lecture de Greenhalgh. Comprendre, analyser cette situation nous permettra, en tant que fédération, de tirer des leçons de nos erreurs, d'améliorer nos processus en termes de gestion de projet et, *in fine*, d'être plus efficaces et efficaces pour les projets à venir.

1.2. CONTEXTUALISATION DE LA PROBLÉMATIQUE

1.2.1. Historique des ASD et de la FASD (FASD, 2020)

Les structures *Aide & Soins à Domicile* (ASD) existent depuis plus de 80 ans : c'est en 1937 que la *Croix Jaune et Blanche* (aïeule des structures ASD) voit le jour avec la création de centres à Bruges, Gand, Namur et Louvain. Jusqu'alors, les soins infirmiers à domicile n'existaient que sous forme d'initiatives locales. Deux ans plus tard, la *Fédération Nationale des Associations Croix Jaune et Blanche de Belgique* est créée. En 1963, un protocole d'accord est signé entre la *Croix Jaune et Blanche* (CJB) et l'*Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes* pour confier l'exclusivité des soins infirmiers à domicile à la CJB. Entre-temps, des organisations d'aide aux familles se structurent et collaborent de plus en plus avec la CJB. Suite logique : durant les années 1993-1995, La Fédération Nationale des Associations CJB se restructure : les associations provinciales néerlandophones créent la Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Les 4 provinces francophones profitent de l'opportunité pour se rapprocher des services d'aide familiale de la FNAF (Fédération Nationale Aide Familiale) pour aboutir, *in fine*, à la fusion des asbl CJB, des asbl AF (Aides Familiales) et des Centres de coordination des soins et services à domicile (CCSSD). C'est ainsi qu'est née la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD). L'historique complète se retrouve en [annexe 1](#).

1.2.2. Pourquoi un service informatique centralisé à la FASD ?

Depuis sa création, la FASD n'a cessé d'évoluer et d'agrandir son équipe, notamment en ce qui concerne le service informatique. En effet, le développement des logiciels des différents métiers des ASD a été centralisé à la FASD, en collaboration avec des entreprises spécialisées dans le domaine.

Il est à noter que la digitalisation des soins infirmiers s'est opérée en plusieurs temps :

- 1er. Développement d'un logiciel de planification des soins (tournées pour les infirmiers) ;
- 2e. Développement d'un logiciel de facturation lié à la planification ;
- 3e. Mise à disposition de tablettes pour les infirmiers :

- en 2012-2013 : planification des soins ainsi que la confirmation de ceux-ci de manière digitale ;
- en octobre 2017 : imposition par l'INAMI de la vérification de l'identité du bénéficiaire au moyen de la lecture de la carte d'identité électronique (e-ID) ;
- en 2017-2018 : digitalisation du dossier infirmier (« Dossier Infirmier Électronique » (DIE)), avec pour objectif la suppression totale du dossier papier au domicile du bénéficiaire.

Le tout a été développé par une entreprise informatique externe pour la FASD – les compétences nécessaires à ce travail ne se retrouvant pas au sein de l'équipe informatique FASD – ce qui explique partiellement les différentes phases.

Nous reviendrons sur le concept de la « digitalisation » dans le cadre théorique.

1.2.2.1. Parenthèse : L'histoire du Dossier Infirmier Électronique (DIE)

En 2012, une entreprise informatique, partenaire professionnel de la FASD depuis un temps, a proposé l'outil « FASDPlanner » développé pour notre homologue flamand (la Wit-Gele Kruis) – qui n'a pas souhaité l'acheter finalement – qui comportait des fonctionnalités de base telle la consultation, la validation / suppressions des soins/visites/tournées.

Les instances (Directions Soins Infirmiers et Collège des directeurs) ont validé ce logiciel pour le mettre en production sur support tablette. C'est à partir de cette application que la FASD, avec l'accord des instances précitées, a décidé de passer l'homologation du dossier infirmier informatisé. Il est à noter que le FASDPlanner est lié à un autre programme appelé « CJB » qui, en fait, est l'application centrale (ou « logiciel-mère ») qui gère la base de données pour communiquer avec l'application locale « FASDPlanner ».

Malheureusement, lors de l'implémentation du DIE, des problèmes majeurs et bloquants se sont révélés à son utilisation : synchronisations avec la base de données centrale trop longues et parfois incomplètes, bugs sur certains onglets qui empêchaient la communication entre l'application et la base de données. Selon l'entreprise informatique externe, ces problèmes étaient impossibles à résoudre d'où la déclaration d'application « critique » (instable, pas fiable) en avril 2019.

Les mois qui ont suivi cet aveu, les instances se sont mobilisées pour prendre une décision pérenne : l'option d'une solution externe s'est imposée grâce au concours de différents travaux

menés (enquête de satisfaction auprès des utilisateurs², exploration des logiciels externes et extraction d'un comptage de données encodées dans le DIE par ASD).

En d'autres mots, le FASDPlanner est une « histoire d'opportunité ». Sans cette proposition, il est fort à parier que les ASD aurait opté pour un logiciel externe, poussés par l'évolution en marche dans le domaine de la santé.

1.2.3. Gouvernance FASD – ASD (FASD, 2020)

La FASD fédère les 9 centres Aide & Soins à Domicile situés à Bruxelles, en Wallonie et à Eupen. Elle regroupe environ 5.000 professionnels au service de près de plus de 73.000 bénéficiaires. En [annexe 2](#), une carte géographique représente le territoire couvert par chaque ASD qui permet de visualiser le tout en « coup d'œil ».

Dans ce cadre, la FASD poursuit 3 objectifs principaux :

- Optimiser la réponse globale aux besoins des bénéficiaires aidés et soignés chez eux ;
- Travailler en interdisciplinarité ;
- Défendre le premier échelon des soins de santé.

Ces objectifs guident la FASD pour remplir différentes missions, au service de tous les centres Aide & Soins à Domicile qui lui sont affiliés :

- Définir et défendre une politique commune pour l'ensemble des centres ASD ;
- Représenter les centres ASD auprès des pouvoirs publics, dans une série d'instances de concertation et dans des lieux de négociation collective ;
- Définir la politique salariale ;
- Défendre et développer chaque secteur d'activité ;
- Assurer un soutien informatique, juridique, administratif et comptable ;
- Organiser la formation du personnel des centres ASD ;
- Favoriser le partage d'expériences, les échanges, les débats et la convergence d'idées ;
- Stimuler et soutenir le travail en région.

La FASD, c'est donc avant tout la défense d'un projet commun pour le maintien à domicile de façon multidisciplinaire, intégrée et coordonnée.

Les relations entre la FASD et les ASD sont formalisées par des réunions mensuelles, que ce soit par groupes « métiers » tels que les réunions des Directions Soins Infirmiers (DSI),

² Résultats en [annexe 6](#)

Directions de l'Aide à la Vie Journalière (DAVJ) ou des groupes avec une orientation davantage stratégique et décisionnelle comme le Collège des Directeurs des ASD.

Chaque projet, chaque innovation, chaque changement y est discuté dans les groupes métiers afin de formuler des propositions de lignes directrices au Collège des Directeurs qui, lui, détient la décision finale.

Prenons pour exemple le développement et l'implémentation du logiciel Dossier Infirmier Électronique (DIE).

L'implémentation des supports tablettes pour les infirmiers avait pour but ultime de digitaliser le dossier infirmier. Deux options s'offraient aux ASD : soit se diriger vers un logiciel existant et homologué par la plateforme e-Heath (condition essentielle pour bénéficier d'une prime informatique annuelle de l'INAMI), soit développer un logiciel en interne.

Le Collège des Directeurs a opté pour le 2^{ème} choix, après discussions dans leurs comités de directions internes respectifs.

Le contenu du logiciel a été élaboré par des groupes de travail ASD-FASD constitués d'un représentant infirmier de chaque ASD et guidés par le Directeur Soins Infirmiers de la FASD. Pour certaines parties du dossier infirmier électronique, le groupe de travail était composé d'experts dans des matières spécifiques telles que les soins de plaies, le diabète de type 2 et les soins palliatifs pour les onglets dédiés à ces thématiques.

Le travail de construction a pris plusieurs mois car très conséquent ! De plus, il n'était pas toujours aisé de parvenir à un consensus entre chaque membre du groupe de travail sur le contenu de telle ou telle partie.

Pour mettre en œuvre le travail réalisé en groupe de travail, deux infirmières détachées de deux ASD différentes se sont succédées et ce, à mi-temps, sur une année environ. Ce travail consistait en l'élaboration des « champs » (listes déroulantes, listes à choix multiples, etc.) de l'application au regard des décisions selon les pratiques à domicile et de l'Evidence-based Nursing.

Lorsqu'il a été question de l'implémentation du DIE en ASD, les Directions Soins Infirmiers ont émis une note propositionnelle contenant les grands principes qui a été soumise au Collège des Directeurs pour validation (ou amendement le cas échéant). Il est à noter qu'il arrive, quelques fois, que la proposition soit ajustée par le Collège des Directeurs et ce pour atteindre une adhésion de tous à la décision.

Selon les matières, des réunions « extraordinaires » peuvent être organisées avec les différents métiers concernés (par exemple : Directions Soins Infirmiers, Directions Administratives et Financières et représentants des services informatiques).

L'animation de ces groupes métiers est assurée par le représentant FASD *ad hoc* (Directeur Soins Infirmiers, Directeur Général, etc. de la FASD).

En fonction du sujet traité, il n'est pas rare de rencontrer des difficultés à parvenir à un consensus sur une proposition ou une décision. Dans ce cas, nous devons œuvrer tous ensemble pour parvenir à un compromis qui puisse satisfaire chacun (FASD, Collège des Directeurs, Directions Soins Infirmiers...).

Cette trajectoire de prise de décision peut sembler « lourde » et allonge très certainement la temporalité de la prise de décision mais l'avantage est que, une fois la décision actée par le Collège des Directeurs, celle-ci est « solide » et ne peut être remise en question par personne.

Néanmoins, la prise de décision n'est pas toujours aussi limpide dans le chef des travailleurs de terrain, qui est dû à l'incompréhension de la dynamique FASD-ASD. Beaucoup d'entre eux pensent, à tort, que c'est la FASD qui « impose » or, il n'en est rien. La FASD, en tant qu'organisation, n'a aucun pouvoir décisionnel. Lorsque nous rencontrons les travailleurs, rappeler/expliciter les rôles et missions de la fédération est monnaie courante ; alors, nous rappelons : « La FASD c'est les ASD donc, les dirigeants des ASD ». Pour leur défense, et en tant qu'ancienne infirmière en ASD, tout ceci est très nébuleux...

1.2.4. Pourquoi adopter un logiciel infirmier ?

Outre la digitalisation d'un secteur de la première ligne des soins de santé (= l'ensemble des prestataires de soins et d'aide à domicile), la transformation digitale s'inscrit plus largement dans un plan e-santé à un niveau macro. Il s'agit de la Roadmap e-santé 3.0 (plateforme e-Health, 2020) portée par la Conférence interministérielle Santé Publique (CIM). La volonté de nos pouvoirs politiques est une digitalisation de l'ensemble des soins de santé inscrite en tant qu'un « *modèle de coopération, en renforçant le focus sur l'excellence opérationnelle et en assurer le suivi en vue d'améliorer sans cesse la disponibilité et la performance des systèmes et outils utilisés par le patient et le prestataire de soins* ».

Par conséquent, dans ce paysage, le dossier infirmier apparaît comme étant une partie intégrante du « Dossier Patient Informatisé (DPI) ». « *Le DPI est un nœud central des réseaux de santé* » (Roucoux, 2019). Nœud central car, sans chaque partie du DPI (infirmiers, kinés, pharmaciens, etc.), l'échange de données de santé est corrompu. Ce dernier est formellement cadré par la plateforme e-Health afin que celui-ci s'opère *en toute sécurité*, avec le *consentement du bénéficiaire* et dans le cadre d'un *lien thérapeutique* (défini dans le temps selon la fonction du

prestataire de soins) (plateforme e-Health, 2020). Ces trois conditions sont essentielles à une digitalisation pérenne et évolutive dans le temps.

En milieu hospitalier, pour certaines structures, la différence entre dossier infirmier informatisé et dossier patient informatisé ne semble pas avoir de frontière franche et nette. En effet, il semble plus aisé, au sein d'une même structure, de rencontrer un « réel » partage de données de santé entre les différents professionnels de la santé car, les différents dossiers patients peuvent être intégrés dans un même système informatique par interopérabilité. Selon le Larousse (Larousse, 2021), l'interopérabilité est définie comme suit : « *Capacité de matériels, de logiciels ou de protocoles différents à fonctionner ensemble et à partager des informations* ». Pour d'autres structures hospitalières, chaque « métier » a son propre logiciel et aucun partage inter-logiciel n'est effectif. Dans ce cas, la situation est comparable à celle des professionnels de santé de la première ligne (l'ensemble des professionnels de la santé œuvrant au domicile du bénéficiaire) décrit ci-après.

Concernant le secteur des soins infirmiers à domicile, le problème de l'interopérabilité s'avère très certainement plus complexe : chaque professionnel de la santé utilise son propre dossier localement (= sur son propre matériel informatique). Pour accéder à une quelconque interopérabilité, les réseaux de santé s'imposent. En Région Wallonne, le Réseau Santé Wallon – géré par la Fédération Régionale des Associations de Télématic Médicale (FRATEM asbl) (Réseau Santé Wallon, 2021) – est *la* référence au même titre que le Réseau Santé Bruxellois (Réseau Santé Bruxellois, 2021) – géré par Abrumet (Abrumet, 2021) pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Néanmoins, il y a une ombre au tableau : l'encodage de données puis l'export vers un des réseaux précités est chronophage et, comme vous le savez, « le temps, c'est de l'argent » ... En d'autres termes, actuellement, le financement pour ces actions est inexistant.

Pour les infirmiers à domicile, il existe une prime « télématic » payée par l'INAMI. Il s'agit d'une somme forfaitaire payée annuellement aux praticiens de l'art infirmier qui utilisent un logiciel, soumise à des conditions d'octroi (INAMI, 2021).

Le praticien de l'art infirmier doit répondre aux 3 critères suivants :

- être conventionné durant toute l'année. Pour l'année au cours de laquelle le praticien de l'art infirmier s'inscrit pour la 1^{ère} fois à l'INAMI, il suffit d'avoir adhéré à la convention en cours d'année ;
- avoir une activité correspondant à minimum 7.000 valeurs W (la lettre W étant un indice de financement dans la nomenclature des soins à domicile ; ce qui correspond à un peu plus de 30.000 €) de prestations remboursées dans le cadre de l'article 8 de la

nomenclature durant l'année concernée (établie sur base du profil de l'année de la prime), c'est-à-dire les remboursements perçus, versés par les mutualités.

- avoir utilisé durant l'intégralité ou une partie de l'année de la prime un logiciel qui est accepté par la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs sur avis conforme de la plate-forme eHealth.

Ceci signifie que seule « l'utilisation » d'un logiciel est encouragée/récompensée et non pas le partage de données de santé en tant que tel (tout comme les kinés par exemple) ; alors qu'il en est autrement pour les médecins généralistes (« prime de pratique intégrée en médecine générale » [INAMI, 2021]) et ce dans un objectif de « qualité des soins ». Ce financement à deux vitesses représente certainement un frein à une collaboration interprofessionnelle sur le plan digital.

1.2.5. Digitalisation : une plus-value ?

Aux dires des infirmiers à domicile, la digitalisation en elle-même n'apporte qu'une faible plus-value dans la pratique quotidienne.

Cependant, si on se réfère à la plateforme e-Health et aux critères d'homologation des logiciels infirmiers (INAMI, 2021), la digitalisation serait le gage de qualité de soins par la libération de la tenue d'un dossier papier.

Selon mon expérience, l'intérêt réside surtout dans l'étape suivante qui est le partage de données avec les autres professionnels de la santé, que ce soit en première ligne ou avec les structures hospitalières, via les réseaux de santé (Réseau Santé Wallon, Réseau Santé Bruxellois...) et ce dans un but de continuité et de qualité de soins de santé.

Cependant, lors de la formation des infirmiers référents DIE, certains nous ont rapporté que l'intérêt majeur de ce logiciel était qu'ils pouvaient y encoder certaines données alors qu'avec un dossier papier, ils ne pensaient pas à les consigner. Cela concerne des observations, des mesures ou encore une démarche clinique complète via la formulation de diagnostics infirmiers par exemple. Les champs « structurés » (listes déroulantes, choix multiples, etc) ont permis une certaine standardisation dans la tenue du dossier infirmier qui, notons-le, est une obligation légale. Dans ce cas, on peut avancer que la qualité des soins peut en être améliorée par la tenue d'un dossier infirmier plus complète.

Autre avantage non négligeable : une fois encodée, la donnée ne peut être supprimée selon les critères d'homologation de la plateforme e-Health. Prenons l'exemple d'une anamnèse : celle-ci peut prendre un certain temps et, par conséquent, très fastidieuse à recopier dans un dossier

papier qui est renouvelable périodiquement (en ASD : c'était tous les mois) ! Grâce à l'outil informatique, cette anamnèse peut être encodée initialement à minima et être complétée et affinée au fil du temps.

Grâce à cette collecte de données plus complète et plus fine/précise qu'auparavant, nous tendons vers une meilleure qualité de soins en considérant la singularité du bénéficiaire dans son contexte particulier.

Les détracteurs de la digitalisation avancent que le dossier informatisé conduit à transformer le métier même de l'infirmier. Personnellement, je ne suis pas d'accord avec cette affirmation... Il me semble opportun de mentionner que la tenue du dossier infirmier fait partie intégrante du soin et n'a aucune valeur « administrative ». Par conséquent, un dossier infirmier plus complet ne peut qu'être bénéfique tant pour l'infirmier que pour le bénéficiaire : une qualité et continuité des soins améliorées.

Pour illustrer mon propos, je vais exposer une situation qui a trop souvent été rencontrée par beaucoup d'infirmiers. En tant qu'infirmière, je me rends chez M. X pour un soin de plaie chronique. Malheureusement, le dossier infirmier papier n'est pas complet et j'ignore quel traitement appliquer... Un dossier informatisé m'aurait permis de préparer ma visite : si le dossier n'était pas complété, j'aurais pu interpellé un collègue pour avoir un maximum d'informations sur le bénéficiaire.

En termes de sécurité, de continuité et de qualité des soins, un dossier informatisé qui est centralisé est une réelle plus-value.

La digitalisation participe à une professionnalisation du métier d'infirmier et, lors du partage de données, amène une collaboration interprofessionnelle avec les autres prestataires de soins bien plus qualitative, car nécessaire à des soins globaux et continus.

Une ombre au tableau : compléter un dossier informatisé peut prendre un temps considérable, surtout lors des premiers encodages... Par conséquent, le risque majeur est que l'infirmier soit plus concentré sur le fait de compléter le dossier que sur les soins et surtout sur le « prendre soin » du bénéficiaire.

1.3. REVUE DE LA LITTÉRATURE – CADRE THÉORIQUE

1.3.1. Introduction

L'objectif de ce mémoire est d'analyser l'abandon du DIE selon le modèle de Donabedian – indicateurs de structure et de processus ; celui des résultats sera volontairement laissé de côté puisque le résultat final est l'abandon du DIE – affiné par la grille de lecture de Greenhalgh et

de ses nombreuses composantes pour l'implémentation d'un projet en santé. De ce fait, il me paraît nécessaire de dessiner les contours de ces deux modèles mais également des concepts particuliers de « numérisation » et de « digitalisation ».

La définition des concepts de « numérisation » et de « digitalisation » a fait l'objet d'une recherche documentaire expliquée en début de section.

Pour le cadre théorique, bien qu'il existe de nombreux modèles d'évaluation de projets, je me suis arrêtée aux deux modèles vus en cours car, pour cette raison, je les connaissais bien et ce sont eux qui ont guidé mon choix de sujet de mémoire. Néanmoins, je me suis mise en recherche d'article pour alimenter ma réflexion, notamment sur les bases de données Pubmed et CAIRN en encodant les mots-clés « electronic health recor nurse » qui a aboutit à 2271 résultats. J'en ai sélectionné un que j'ai jugé plus pertinent que les autres en lisant l'abstract.

Afin de mieux comprendre et maîtriser le modèle de Greenhlagh, j'ai recherché deux articles référencés dans le cours WFSP2231-La démarche EBN/EBP (Evidence-based nursing / Evidence-based practice) en encodant les titres des articles sur Pubmed.

1.3.2. Digitalisation *versus* Numérisation

Lorsque j'ai commencé à chercher des références pour rédiger cette section, la différence me paraissait claire, mais les articles lus sur le thème ne vont pas tout à fait dans ce sens.

Pour définir ces deux concepts, je me suis mise en recherche sur la base de données CAIRN en y encodant les deux mots-clés « Numérisation santé ». Cela a conduit à un résultat de 2016 références. Seul le premier article référencé, en français, s'est avéré pertinent.

Ensuite, toujours sur cette base de données, j'ai encodé les mots-clés « transformation digitale » qui a conduit à 7242 résultats. J'ai dû alors affiner la recherche de références, à la suite de la lecture de plusieurs abstracts, en encodant alors « transformation digitale enjeux », l'article « idéal » selon moi est apparu.

Il existe de très nombreux articles sur le sujet néanmoins, je cherchais à définir les deux concepts et pas à en faire le sujet central de mon mémoire, c'est pourquoi je ne me suis attardée que sur un petit nombre d'articles. Cependant, j'ai lu plusieurs travaux de fin d'études/mémoires traitant de la transformation digitale dans les soins de santé qui ont alimenté mon analyse. Ils sont référencés dans la bibliographie.

Numérisation et digitalisation sont des synonymes mais l'emploi du terme « numérisation » est généralisé alors que « digitalisation » est plutôt employé pour « *marquer une évolution dans les pratiques de travail* » (A. Dudézert, 2018).

Nous parlerons plutôt de « transformation digitale » et l'action se nomme alors « numérisation », c'est-à-dire « encoder ».

Néanmoins, une brève recherche sur Google® (certes, ce n'est pas du tout scientifique mais quelquefois, les sites de vulgarisation se révèlent être instructifs) m'a amené sur un site orienté business : « Business Widg » (Business Widg, 2021) et la différence y est expliquée comme ceci :

- « **La Numérisation**, c'est encoder un objet, un son, une image, une vidéo, sous forme numérique. C'est à dire une suite de chiffres. C'est transformer un message analogique et continu, en un signal numérique et discontinu.
- **La Digitalisation**, c'est l'utilisation du numérique pour transformer les process et le business modèle. C'est exactement ce que l'on appelle la transformation numérique.

Évidemment, la digitalisation s'appuie sur la numérisation. Mais si la numérisation est une condition nécessaire, ce n'est pas suffisant. »

La définition de la « numérisation » (dans les soins de santé en particulier) que je choisis est celle de Bernard Willemin (Willemin, 2018) qui reprend, selon moi, chaque composante : « *La numérisation consiste en la **transformation d'éléments du réel en données numériques**. Elle permet **quatre opérations essentielles** :*

- *la transmission,*
- *le stockage pérenne et en petit volume,*
- *la reproduction aisée et précise,*
- *le calcul sur des bases de données mises en stock.*

*Ces opérations avantageuses se déclinent pour le système de santé où le volume d'informations est très important, et doit pouvoir être **géré : rangé, stocké, transmis, reproduit, partagé, analysé**. Les informations sont de trois ordres : médical, administratif et financier ».*

Pour comprendre le concept de transformation digitale ou numérique, la littérature traitant de ce sujet concerne les domaines du management et plus largement du « business ». L'article de José Allouche et Romain Zerbib intitulé « La transformation digitale : enjeux et perspectives » (Allouche et Zerbib, 2020) est éclairant : « *La transformation numérique désigne le processus qui conduit une entreprise à intégrer les technologies digitales dans l'ensemble de ses activités dans le but de renforcer sa performance. Il s'agit d'une démarche centrée sur la donnée qui repose significativement sur l'exploitation d'un ensemble d'algorithmes plus ou moins sophistiqués.* ». Ils abordent également les changements majeurs que la transformation digitale induit dans les entreprises : l'organisation du travail est décloisonnée, une collaboration accrue

en émane ainsi qu'une réorganisation du travail, une évolution des « business models traditionnels ».

Pour clore cette section, à l'heure actuelle et à l'échelle quasi mondiale, je dirais qu'outre la numérisation, nous sommes surtout confrontés à une transformation digitale à laquelle n'échappe pas le secteur des soins de santé.

1.3.3. Le modèle de Donabedian

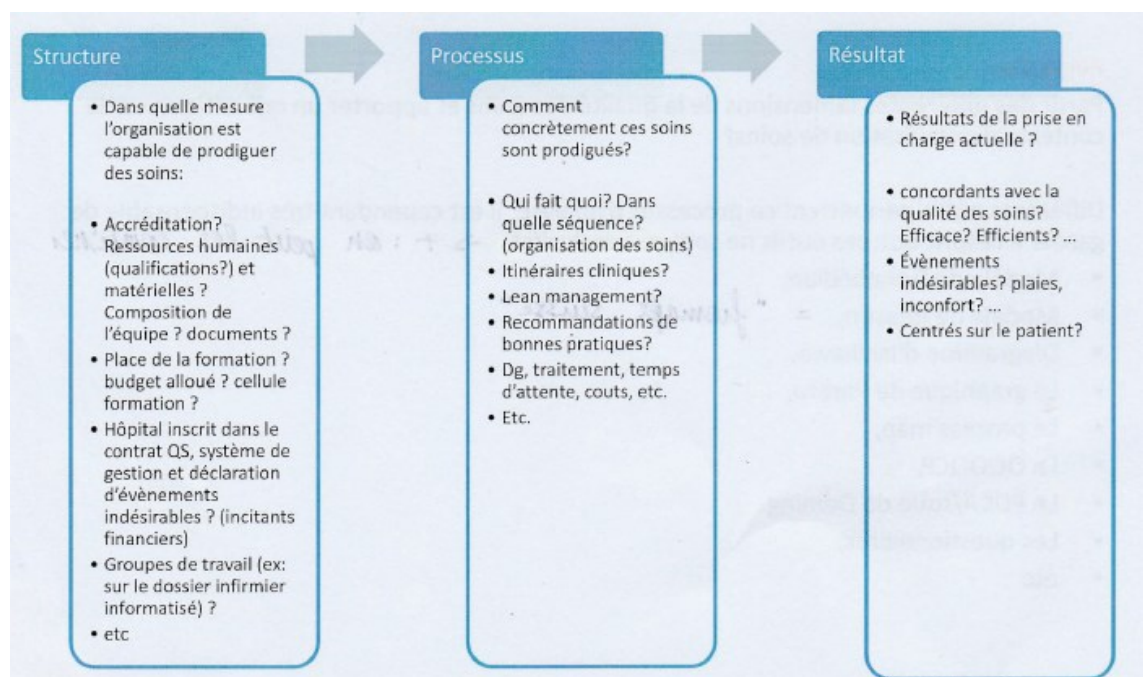
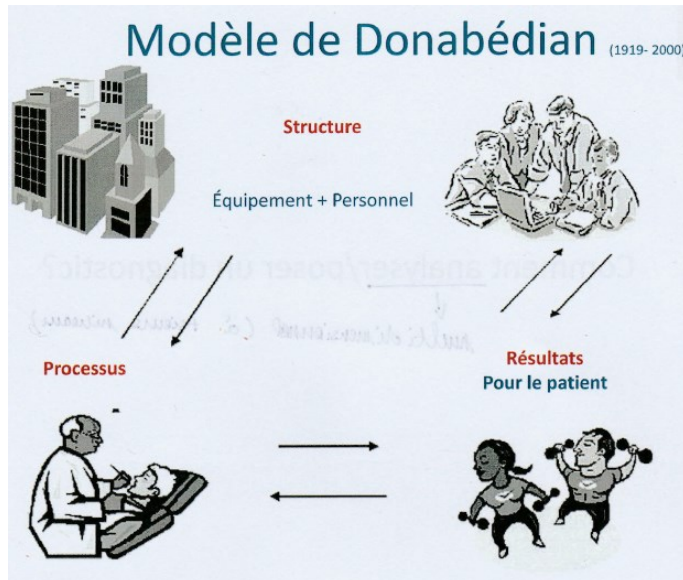
Le modèle de Donabedian utilisé massivement pour évaluer la qualité des soins s'applique particulièrement bien à l'évaluation de l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé puisque ce dernier participe à l'amélioration de la continuité et la qualité des soins.

Ce modèle comprend trois critères ou indicateurs :

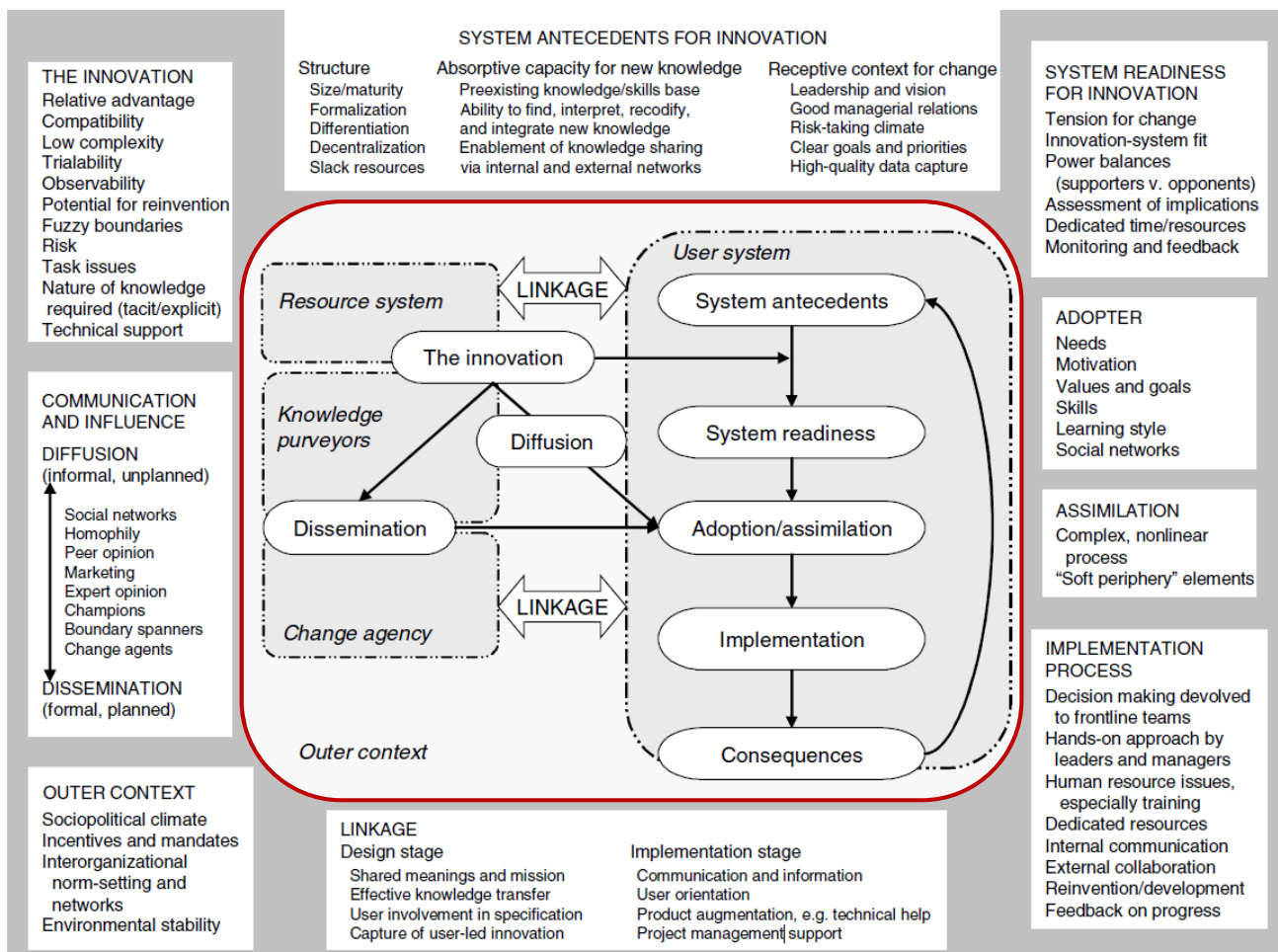
- **Structure = le contexte, les moyens.** Cet indicateur peut se traduire, dans le cadre de ce mémoire, par ce qui est mis en œuvre par l'organisation pour supporter un projet. Cet indicateur pointe, notamment, le soutien apporté par la hiérarchie, la facilitation organisationnelle d'implémentation d'un projet, la mise en place de groupes de travail, le temps accordé pour la formation, la mise à disposition de supports à la formation (ex. : manuel d'utilisateur, helpdesk, etc.)
- **Processus = les actions.** Cet indicateur implique directement des questions telles que :
 - Quel projet ?
 - Comment l'implémentation du projet va-t-elle s'opérer ?
 - Qui fait quoi ?
 - Quelles séquences dans l'implémentation du projet ? (ex. : information, formation, sessions de support/de perfection, mise en production, etc.)

En d'autres mots, l'indicateur de processus doit répondre à la majorité des lettres du « CQQCOQP » (Comment ? Qui ? Quoi ? Combien ? Où ? Quand ? Pourquoi ?).

- **Résultats = les effets**, les résultats que l'implémentation du projet a produits. Cet indicateur permet d'évaluer la qualité de l'implémentation : utilisation du DIE, amélioration significative de la continuité et de la qualité des soins en cela compris l'approche centrée sur le patient, etc. Cet indicateur sera laissé de côté volontairement puisque le résultat final est l'abandon du DIE.



1.3.4. Le modèle de Greenhalgh



Ce modèle, à première vue, semble extrêmement complexe ! Mais, il est préférable de le considérer comme « *une grille de lecture pour analyser les différents aspects d'une situation complexe et leurs interactions pour pouvoir implémenter une innovation* » (Van Durme, 2019), en l'occurrence, le Dossier Infirmier Électronique (DIE).

Explications de la représentation ci-dessus : le modèle est entouré en rouge, sur les côtés, chaque composante du modèle est déclinée en indicateurs. On peut également voir des liens entre les composantes et leurs indicateurs.

Dans la partie « Méthode », je vais faire coïncider les deux modèles pour obtenir les composantes de la structure et celle du processus afin de me guider dans mon analyse et de construire mon guide d'entretien.

À noter : les explications sont issues du cours « WFSP2231 – La démarche EBN/EBP (Evidence-based nursing / Evidence-based practice) » (Van Durme, 2019).

1.3.4.1. 1ère composante : « L'innovation »

Les « attributs-clés » de l'innovation permettent d'appréhender le taux d'adhésion à l'innovation par les individus du public-cible. En d'autres mots, « *il s'agit de perceptions dans le chef des personnes qui doivent adopter l'innovation.* »

- 1er. L'avantage relatif :** *la plus-value apportée par l'innovation doit être claire et sans ambiguïté*
- 2e. La compatibilité :** *avec les valeurs, les normes et les besoins du public-cible, tant du point de vue de l'organisation que de la profession*
- 3e. La complexité :** *la simplicité de l'innovation favorise son adoption. Néanmoins, l'expérience pratique diminue la complexité et/ou son adoption petit à petit, divisée en parties plus gérables.*
- 4e. Le caractère expérimental de l'innovation :** *l'adoption de l'innovation est facilitée si les personnes ont la possibilité de l'expérimenter.*
- 5e. Le caractère observable de l'innovation :** *la plus-value apportée par l'innovation est visible, observable (par exemple par des démonstrations).*
- 6e. La réinvention :** *l'innovation peut être adaptée, modifiée selon les besoins du public-cible.*
- 7e. Des frontières floues :** *noyau dur (ce qui ne peut être modifié dans l'innovation) et périphérie souple (les structures et systèmes organisationnels nécessaires pour l'implémentation)*
- 8e. Risque :** *degré d'incertitude lié à cette innovation ; la balance bénéfice-risque doit être favorable.*
- 9e. Liée à la performance :** *l'innovation améliore la performance du public-cible ; l'innovation est facile à utiliser.*
- 10e. Les connaissances nécessaires pour l'utiliser :** *si l'innovation nécessite des connaissances utilisées ailleurs, celles-ci seront plus facilement transférées à ce nouveau contexte.*
- 11e. Support technique :** *nécessité d'avoir une formation, un helpdesk, un espace pour déposer les demandes d'amélioration »*

1.3.4.2. 2^{ème} composante : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

La décision d'adopter l'innovation est « contingente » dans le contexte des ASD, ce qui signifie qu'elle dépend d'autres personnes (= la hiérarchie) que du public ciblé par le projet Dossier Infirmier Électronique. Le *sens de l'innovation* pour les adoptants doit être expliqué par les décideurs au stade de pré-adoption. La question du *sens* n'est pas négligeable dans la démarche d'adoption de l'innovation.

Trois autres des sept aspects des adoptants sont nécessaires pour notre analyse.

1er. Questions au stade de pré-adoption :

Les adoptants doivent :

- Être informés de l'innovation
- Avoir suffisamment d'informations par rapport à ses effets et comment l'utiliser
- Être clair par rapport à comment cette innovation va les affecter (coût, charge de travail...)

2e. Questions au début de l'adoption :

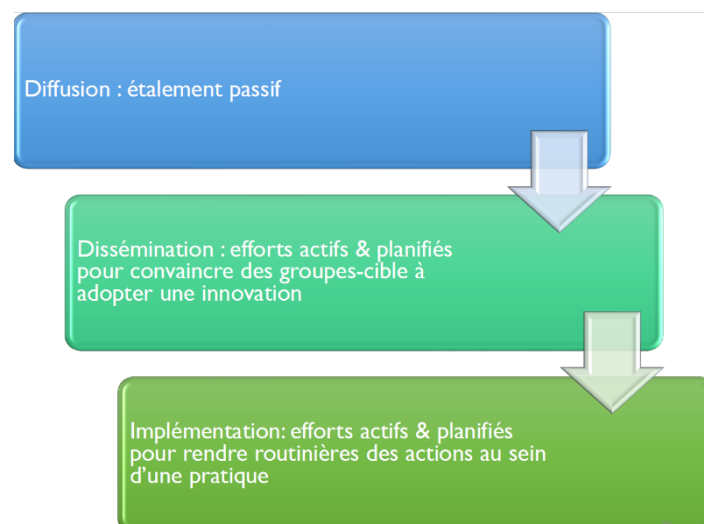
Les adoptants doivent :

- Avoir accès en permanence à l'information par rapport aux effets de l'innovation
- Avoir accès à la formation et pouvoir disposer de soutien nécessaire pour incorporer l'innovation dans leurs tâches quotidiennes

3e. Questions en cours d'adoption :

- Nécessité d'un feedback adéquat à propos des effets de l'innovation
- Nécessité d'avoir la possibilité (autonomie et soutien) pour adapter et affiner l'innovation pour améliorer sa pertinence

1.3.4.3. 3^{ème} et 4^{ème} composantes : la diffusion et la dissémination



Ces deux composantes relèvent de la communication et de l'influence. La diffusion est un étalement passif, informel, non planifié. La dissémination est formelle et planifiée.

Ces deux composantes constituent le cœur de la démarche d'implémentation (et d'adoption) d'une innovation. Par conséquent, les indicateurs exposés ci-après sont d'une importance majeure et non négligeables pour l'adoption d'une innovation.

1er. Réseaux sociaux : leur structure et leur qualité → différentes structures pour différents types d'influence :

➤ Horizontale : convient mieux pour la diffusion de l'influence par les pairs et recadre le sens à donner à l'innovation.

↳ Exemple de réseaux sociaux de structure horizontale (et informelle) : les médecins

➤ Verticale : convient mieux pour la transmission de l'information codifiée et pour imposer des mesures de manière contraignante

↳ Exemple de réseaux sociaux de structure verticale (et formelle) : les infirmiers

2e. L'homophilie : Signifie la similitude des cadres de référence socio-économiques, éducatifs, professionnels et culturels qui favorisera l'adoption de l'innovation.

3e. Leaders d'opinion : Désigne des personnes qui ont une influence particulière sur les croyances et actions de leurs collègues, négativement ou positivement. Il est difficile d'identifier ces personnes. Risque important si des leaders d'opinion négative sont inclus dans le processus d'implémentation.

4e. Les champions : rôle positif pour l'adoption par leurs pairs. Différents rôles :

➤ Le rebelle organisationnel, qui donne aux innovateurs l'autonomie nécessaire afin de pouvoir proposer des solutions créatives

➤ Le leader transformationnel, qui canalise le soutien des autres membres de l'organisation

➤ Celui qui organise un suivi à distance, pour que les innovateurs utilisent les ressources de l'institution à bon escient

➤ Le facilitateur de réseau, qui développe des coalitions au sein de l'organisation

Il existe très peu de preuves à propos de comment identifier et canaliser l'énergie de ces champions.

5e. Les marginaux sécants (boundary spanners) : l'adoption de l'innovation a plus de chance de réussir si les personnes qui ont une influence sociale significative, aussi bien à l'intérieur qu'au dehors de l'organisation, sont prêts à faire le lien.

6e. Les programmes de dissémination formels : lorsqu'il est utilisé (par exemple par une organisation extérieure), il sera plus efficace si les organisateurs du programme :

- Prennent en compte les besoins et perspectives des adoptants, en particulier la balance coûts/bénéfices pour eux ;
- Adaptent leurs stratégies aux différents sous-groupes
- Utilisent un message approprié pour ce qui est du style, images et métaphores,
- Utilisent les canaux de communication adéquats
- Intègrent une évaluation rigoureuse et un suivi des objectifs et balises bien définis

1.3.4.4. 5^{ème} composante : Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation

1er. Déterminants structurels : une innovation sera plus facilement adoptée si l'organisation est :

- De grande taille (conditionnel pour les autres déterminants)
- Mature
- Utilise une différenciation de fonction (les départements et unités sont semi-autonomes)
- Est spécialisée (le focus est sur les connaissances professionnelles)
- A des ressources flexibles pour les mobiliser pour des nouveaux projets
- Les décisions sont prises de manière décentralisée

2e. La capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation qui dépend de :

- Sa base de connaissances et compétences initiale
- Les technologies dont elle dispose
- Une culture organisationnelle d'apprentissage
- Un leadership proactif tendu vers le partage de connaissances

La connaissance nécessaire à l'adoption est construite socialement et souvent contestée. Elle devra donc être souvent renégociée au sein des réseaux existants pour que l'adoption réussisse.

3e. Un contexte réceptif au changement = caractéristiques organisationnelles :

- Leadership fort
- Vision stratégique claire
- Bonnes relations managériales,
- Des membres visionnaires aux postes clé
- Un climat propice à l'expérimentation et à la prise de risque
- Des systèmes d'enregistrement de données

1.3.4.5. 6^{ème} composante : L'ouverture à l'innovation du système

Trois caractéristiques de l'ouverture au changement d'un système :

- 1er. La tension pour le changement :** *Adoption plus aisée si la situation actuelle est intolérable*
- 2e. L'adéquation du changement par rapport au système :** *Conformément aux valeurs, normes, stratégies, objectifs, skill mix (compétences diverses), NTIC (nouvelles technologies d'information et de communication) et manières de travailler*
- 3e. L'évaluation des implications**
 - *Si les conséquences de l'adoption sont bien évaluées et anticipées, l'innovation aura plus de chances d'être adoptée*
 - *L'innovation aura plus de chances d'être adoptée en présence :*
 - *du soutien et conseil → Si les supporters de l'innovation sont plus nombreux et mieux placés*
 - *du temps et les ressources nécessaires*
 - *de la capacité d'évaluer l'innovation → Systèmes et compétences pour monitorer et évaluer l'impact de l'innovation*

1.3.4.6. 7^{ème} composante : le contexte externe

1er. Les réseaux inter-organisationnel informels

- *Plus de succès si des organisations homophiles ont déjà adopté l'innovation*
 - *Souvent, les réseaux inter-organisationnels feront la promotion de l'innovation que quand celle-ci devient 'la norme'.*
 - *Dans le cas contraire, les réseaux peuvent avoir un effet négatif*
- 2e. Les stratégies de diffusion intentionnelles :** *Les initiatives du réseau, telles des initiatives d'amélioration de la qualité en collaboration, pour partager les idées et construire de nouvelles connaissances peuvent être utiles → pas relevant pour le projet « DIE »*
- 3e. L'environnement plus large → pas relevant pour le projet « DIE »**
- 4e. Les injonctions politiques :** *Un coup de pouce du politique au début de la phase d'implémentation peut augmenter ses chances de succès (surtout en dégagant des fonds !)*

1.3.4.7. 8^{ème} composante : L'implémentation

- ◆ *Dépend fortement de la gestion du changement en général et du développement de l'organisation*
- ◆ *Le processus est **non-linéaire** et est caractérisé par des chocs multiples, des retours en arrière, des événements inattendus.*
- ◆ *Les éléments clé du niveau d'ouverture au changement sont aussi très pertinents pour les premières étapes de l'implémentation*
- ◆ *En plus de ces éléments clé, d'autres éléments sont associés au succès de l'utilisation en routine de l'innovation :*

1er. La structure organisationnelle : *une structure flexible et adaptative qui soutient la prise de décision décentralisée*

2e. Le soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication : *Si l'innovation s'articule bien avec les objectifs de la hiérarchie et si les supérieurs sont très impliqués et souvent consultés.*

3e. La question des ressources humaines

- *La motivation, la capacité et la **compétence** des professionnels*
- *L'implication des professionnels à tous les niveaux via des initiatives de **facilitation***
- *Un faible niveau de **turnover** du staff, **des formations** de qualité, une formation continue qui est alignée sur le contenu du travail*
- *La **formation de l'équipe** est à préférer à la formation individuelle, surtout lorsqu'il s'agit d'une technologie complexe*
- *Le financement*
- *La communication intra-organisationnelle : importance d'une approche narrative*
- ***Les réseaux inter-organisationnels :** Au plus complexe l'innovation, au plus le grand le besoin d'un réseau inter-organisationnel*
- ***Le feed-back :** Important d'avoir un feedback à propos de l'impact du processus. Important de pouvoir disposer d'un système de collecte de données adéquat*
- *L'adaptation / la réinvention*

1.3.4.8. Liens entre les composantes du modèle (preuves empiriques et arguments théoriques solides)

1er. Des liens au stade de développement de l'innovation : Si l'innovation est élaborée de manière centralisée (p.ex. dans un centre de recherche universitaire), l'adoption aura plus de chances de réussir si des chercheurs s'associent avec des professionnels qui vont utiliser l'innovation

2e. Rôle de l'agent du changement

- *Être particulièrement attentif aux relations humaines, qui doivent être positives et soutenantes*
- *Les deux systèmes doivent avoir un langage commun, donner des sens similaires à l'innovation et partager les mêmes valeurs*
- *L'agent de changement devra faciliter le réseautage et la collaboration entre les organisations*
- *Les conséquences de l'innovation devront être évaluées ensemble*
- *L'agent du changement devra disposer des compétences, de l'engagement, des ressources techniques, des compétences communicationnelles et de gestion de projet pour soutenir la partie opérationnelle de l'implémentation*

3e. L'agent du changement externe : Si des agents du changement externes sont engagés, ils seront plus efficaces si :

- *Ils sont choisis en raison de leur homophilie et crédibilité*
- *Ils sont formés à soutenir des relations interpersonnelles de qualité, en ce compris faire preuve d'empathie vis-à-vis des usagers*
- *Ils sont encouragés à communiquer les besoins et la perspective des usagers vers les développeurs de l'innovation*
- *Ils sont capables de soutenir les usagers à prendre des décisions autonomes à propos de l'évaluation*

2. MÉTHODE

2.1. CHOIX DE LA MÉTHODE

Pour analyser l'abandon du DIE, outre l'exercice de correspondance des deux modèles utilisés (Donabedian et Greenhalgh), je choisis une approche qualitative afin de cerner les différents facteurs, notamment subjectifs (attentes, ressenti, expérience, etc.), qui ont conduit à cette situation.

Dans la partie « Cadre théorique » ci-avant, j'ai exposé les deux modèles qui vont conduire mon analyse. Par composante du modèle de Donabedian (structure / processus), je vais inclure celles de la grille d'analyse de Greenhalgh et décrire la réalité FASD / ASD, sur base de mon expérience, de rapports de réunions institutionnelles (Collège des directeurs, réunions de Directions Soins Infirmiers et réunions de Directions Administratives et Financière) et de l'expérience des différents acteurs du projet DIE que je vais interviewer.

Le résultat étant un abandon du logiciel, cette composante du modèle de n'est pas propice à analyse.

2.2. TYPE ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte de données s'opère sous deux formes. La première est moins formelle car cette collecte s'appuie sur mon vécu, en termes scientifiques, il s'agit de l'observation participante puisque j'étais au cœur du projet. Pour rafraîchir ma mémoire et n'omettre aucun élément, je m'appuie sur des rapports (dits « PV ») des différentes instances de la FASD (Collège des directeurs, réunions des Directions Soins Infirmiers et des Directions Administratives et Financières).

Le deuxième type de collecte de données va s'opérer sous le format d'entretiens individuels semi-directifs, qui se déroulent entre le 19 et le 30 mai 2021. Le sujet étant quelque peu délicat pour certains acteurs, le face-à-face va me permettre d'instaurer un climat de confiance et de rassurer la personne face à moi sur le caractère non-jugeant de cette analyse.

Les entretiens se dérouleront en visioconférence (vu le contexte sanitaire de Covid-19) et seront enregistrés afin de les retranscrire. J'ai pour objectif que ces entretiens ne soient pas plus longs qu'une heure.

Dès retranscription, les enregistrements sont détruits. Chaque répondant sera informé de cette démarche et un document d'information éclairée sera signé par chacun.

2.3. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

L'objectif étant de comprendre l'abandon du DIE du point de vue de la structure (contexte, moyens) et du processus, deux guides d'entretiens différenciés (structure / processus) sont rédigés à partir du travail de correspondance entre les deux modèles de référence.

Cependant, j'opte pour placer deux composantes en point de vue « transversal » car il m'apparaît qu'aborder ces thèmes avec chaque répondant pourra apporter des éléments pertinents pour mon analyse.

2.3.1. Point de vue de la structure (le contexte)

2.3.1.1. *Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation*

1er. Déterminants structurels : cet aspect ne sera pas abordé lors des entretiens mais sera analysé dans les résultats, sur base de mon expérience et des PV des différentes réunions mentionnées ci-avant.

Les deuxième et troisième composantes sont essentielles dans l'analyse du point de vue de la structure. Par conséquent, les aspects suivants seront abordés lors des entretiens.

2e. La capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation : (Derrière le terme « organisation », je comprends l'ensemble du système FASD-ASD)

- Sa base de connaissances et compétences initiale ;
- Les technologies dont elle dispose ;
- Une culture organisationnelle d'apprentissage ;
- Un leadership proactif tendu vers le partage de connaissances.

3e. Un contexte réceptif au changement = caractéristiques organisationnelles :

- Leadership fort ;
- Vision stratégique claire ;
- Bonnes relations managériales ;
- Des membres visionnaires aux postes clé ;
- Un climat propice à l'expérimentation et à la prise de risque ;
- Des systèmes d'enregistrement de données : ne sera pas abordé car inexistant lors de l'implémentation du DIE.

2.3.1.2. *L'ouverture à l'innovation du système*

Ces éléments-clés sont relevant également pour les premières composantes de l'implémentation donc, s'y retrouvent également.

1er. La tension pour le changement : La perception du besoin de la transformation digitale de chaque personne (fédération, hiérarchie et base opérationnelle en ASD).

2e. L'adéquation du changement par rapport au système : Conformément aux valeurs, normes, stratégies, objectifs, skill mix (compétences diverses), NTIC³ et manières de travailler. Adéquation du DIE par rapport aux besoins.

3e. L'évaluation des implications

- Évaluation et anticipation des conséquences de l'adoption du DIE ;
- L'existence et la place de « supporters » au DIE ;
- Mise en place et forme d'une évaluation de l'impact de l'implémentation du DIE.

2.3.1.3. Le contexte externe

- Recherche d'éléments de contexte dans l'avancement de la transformation digitale dans le secteur des soins infirmiers à domicile ;
- Recherche d'incitants dans le contexte des soins infirmiers à domicile (cfr « injonctions politiques »).

2.3.2. Point de vue du processus (les actions)

2.3.2.1. L'innovation

Les « attributs-clés » de l'innovation permettent d'appréhender le taux d'adhésion à l'innovation par les individus du public-cible. En d'autres mots, « *il s'agit de perceptions dans le chef des personnes qui doivent adopter l'innovation* » (Van Durme, 2019).

1er. L'avantage relatif : Perception de la plus-value apportée par le DIE ainsi que sa nature.

2e. La compatibilité : avec les valeurs, les normes et les besoins des infirmiers en ASD, tant du point de vue de l'organisation (ASD) que de la profession (infirmiers).

3e. La complexité : ne sera pas abordée dans les entretiens mais sera analysée dans les résultats sur base de mon expérience et de PV des instances de la FASD.

4e. Le caractère expérimental de l'innovation : ne sera pas abordé dans les entretiens mais sera analysé dans les résultats sur base de mon expérience et de PV des instances de la FASD.

³ Nouvelles technologies d'information et de communication

- 5e. Le caractère observable de l'innovation :** la visibilité de la plus-value apportée par le DIE et son caractère observable (par exemple par des démonstrations). Cet élément rejoint le premier : « avantage relatif » donc, sera intégré à cette question.
- 6e. La réinvention :** ne sera pas abordée dans les entretiens mais sera analysée dans les résultats sur base de mon expérience et de PV des instances de la FASD.
- 7e. Des frontières floues :** ne seront pas abordées dans les entretiens mais seront analysées dans les résultats sur base de mon expérience et de PV des instances de la FASD.
- 8e. Risque :** degré d'incertitude lié au DIE ; évaluation de la balance bénéfice-risque.
- 9e. Liée à la performance :** Exploration de l'impact du DIE sur la performance des infirmiers ainsi que sur la facilité ou non d'utilisation.
- 10e. Les connaissances nécessaires pour l'utiliser :** Recherche des connaissances nécessaires préalablement acquises pour l'utilisation du DIE.
- 11e. Support technique :** ne sera pas abordé dans les entretiens mais analysé dans les résultats sur base de mon expérience et de PV des instances de la FASD.

2.3.2.2. La diffusion et la dissémination

Les ASD sont des structures verticales ce qui induit une imposition de l'innovation de manière contraignante. Ces structures sont homophiles, ce qui signifie que les cadres de références professionnels sont identiques, cette composante favorise l'adoption de l'innovation.

Lors des entretiens, je vais explorer l'influence dans le processus de dissémination du DIE : s'il y a eu des « leaders d'opinion » (personnes ayant une influence particulière positive ou négative) et/ou des « champions » (rebelle organisationnel / leader transformationnel / celui qui organise un suivi à distance / facilitateur de réseau) pour favoriser et faciliter l'implémentation du DIE.

2.3.2.3. L'implémentation

En plus des éléments-clés de l'ouverture à l'innovation, les aspects suivants vont être explorés :

- Le soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication ;
- La question des ressources humaines :
 - la pertinence et la qualité de la méthode de formation « train de trainer »,
 - La motivation, l'implication, la capacité et la compétence des « référents DIE » (trainers) et des formateurs des référents DIE,
 - La qualité de la formation des référents DIE.

- Le feed-back à propos de l'impact du processus ;
- L'adaptation / la réinvention : ne sera pas abordée dans les entretiens mais sera analysée dans les résultats sur base de mon expérience et de PV des instances de la FASD.

2.3.2.4. Des liens au stade de développement de l'innovation

Cette composante sera analysée dans les résultats sur base de mon expérience et des PV des instances de la FASD.

2.3.3. Point de vue transversal : structure et processus

2.3.3.1. Adopter (= l'adoption des personnes)

Trois aspects à éclaircir durant les entretiens axés « structure » :

- 1er. Questions au stade de pré-adoption du DIE :** Recherche sur les informations transmises au personnel de soins sur le DIE en amont de son implémentation, sur ses effets, sur son utilisation et sur l'impact au quotidien.
- 2e. Questions au début de l'adoption :** Recherche sur les informations transmises au personnel de soins sur les effets du DIE, sur la formation et le soutien pour incorporer l'utilisation du DIE dans leurs tâches quotidiennes.
- 3e. Questions en cours d'adoption :** Recherche sur le feed-back fait au personnel de soins par rapport aux effets du DIE et sur les mécanismes de communication intra-ASD et ASD-FASD.

2.3.3.2. Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

Ces deux composantes sont associées car l'agent du changement était externe aux ASD au sens strict du terme. Cet agent, c'était moi. « Externe » car la FASD est une organisation différenciée des ASD, sans aucun lien hiérarchique mais avec un certain lien de dépendance (les ASD cotisent pour que la fédération mène les missions qui lui sont dévolues par les ASD).

Aspects à explorer lors des entretiens :

- Homophilie et crédibilité ?
- Attentif aux relations humaines : positif et soutenant ? Facilitateur de collaborations ? Empathie ?
- Langage commun ? Partage des mêmes valeurs ?
- Compétences (formation) adéquates et suffisantes ? Son engagement dans le projet ?

- Quelles étaient les ressources techniques, les compétences communicationnelles et de gestion de projet pour soutenir la partie opérationnelle de l'implémentation et étaient-elles suffisantes ?
- Lien avec les développeurs pour communiquer les besoins des utilisateurs ?

Les deux derniers aspects (2 dernières « puces ») seront davantage explorés dans les résultats sur base de mon expérience et de PV des instances de la FASD.

Une question plus vaste sur la perception du rôle de la FASD dans ce projet sera également posée.

2.4. L'ÉCHANTILLON

Les entretiens semi-directifs me permettront de collecter des données tant du point de vue structurel (contexte, moyens) en m'entretenant avec le responsable du service informatique FASD et le directeur général FASD (témoin privilégié) de l'époque, que du point de vue du processus en m'adressant à une directrice soins infirmiers, une infirmière-chef et un infirmier.

Récapitulatif de l'échantillon	
Point vue « Structure »	Point de vue « Processus »
Responsable du service informatique FASD	1 Infirmier (référent DIE)
Ancien directeur général FASD = en fonction au moment de l'implémentation du DIE (nommé « ex-DG »)	1 Infirmière-chef
	1 Directrice Soins Infirmiers

Vu le temps limité, j'ai opté pour un échantillonnage de confort. Les deux répondants du point de vue structurel sont deux personnes incontournables pour cette analyse.

Mon expérience et ma connaissance du personnel des soins infirmiers en ASD m'ont permis de cibler des personnes avec un regard critique, analytique, ne pratiquant pas la langue de bois, aspect essentiel car une telle analyse peut, potentiellement, mettre mal à l'aise certaines personnes.

Grâce à cet échantillon très hétérogène (variabilité des profils des répondants), les avis n'en seront que plus diversifiés et, par conséquent, les résultats (l'élaboration de « bonnes pratiques ») en seront enrichis, représentatifs de chaque niveau hiérarchique (ASD et FASD) ainsi qu'un regard plus « macro » grâce au « témoin privilégié » qu'est l'ex-directeur général FASD.

2.5. MÉTHODE D'ANALYSE

Sur base des retranscriptions des entretiens, la méthode d'analyse thématique descriptive déductive me paraît être la plus adéquate. De fait, les réponses étant très descriptives, les thèmes (les « bonnes pratiques ») se dégageront des entretiens.

Pour ce faire, chaque élément de réponse qui se dégagera des entretiens sera relevé et incorporé dans l'analyse. La triangulation des données par l'observation participative va me permettre d'affiner les éléments de réponses relevés et de dégager des « bonnes pratiques », qui alimenteront la gestion de projets futurs par la FASD.

2.6. RÉSULTATS ATTENDUS

Outre la compréhension de l'abandon du DIE, l'élaboration de « bonnes pratiques » va nous (FASD) permettre d'améliorer nos pratiques en termes de gestion de projets.

À ce stade de la rédaction, je ne projette pas de résultats attendus, je suis plutôt dans l'expectative.

Néanmoins, je pense que des manquements de méthode de conduite de projet seront mis en lumière mais d'autres éléments majeurs seront très certainement pointés également comme, par exemple, un projet mal défini au départ, une ouverture au changement insuffisante, du temps et des ressources en-deçà de l'idéal, etc.

Dans le chapitre 3. Résultats et élaboration des solutions (« Bonnes pratiques »), certains verbatims viendront éclairer mon propos.

La méthode doit pouvoir me permettre de comprendre toutes les composantes de l'abandon du DIE et, *in fine*, élaborer des « bonnes pratiques » – qui seront présentées sous forme de « guide » et annexées à ce mémoire – pour les futurs projets de la FASD de cette envergure.

3. RÉSULTATS ET ÉLABORATION DES SOLUTIONS (« BONNES PRATIQUES »)

Les résultats sont issus :

1°) de mon observation participative – puisque j’étais un des acteurs du projet DIE – appuyée par divers PV et notes de réunions collège des directeurs (CD), directions soins infirmiers (DSI), directions administratives et financière (DAF) et groupe informatique stratégique (GIS).

2°) des entretiens semi-directifs.

Il est à noter que le contexte actuel ASD / FASD est particulier puisque nous sommes au beau milieu de l’implémentation d’un nouveau logiciel infirmier.

L’abandon du DIE ayant eu lieu lors du deuxième semestre 2019, la situation de crise est derrière nous donc, je peux supposer que les répondants auront pris du recul par rapport à cette situation et seront davantage dans un mode analytique que revendicatif.

À noter : les deux guides d’entretien complets se trouvent en annexes [3](#) et [4](#).

Le guide d’entretien du point de vue de la structure avait pour but d’explorer :

- Les antécédents du système :
 - La capacité d’absorption de nouvelles connaissances de l’organisation ;
 - Un contexte réceptif au changement (caractéristiques organisationnelles).
- L’ouverture à l’innovation du système :
 - La tension pour le changement ;
 - L’adéquation du changement par rapport au système ;
 - L’évaluation des implications.
- Le contexte externe.

Le guide d’entretien du point de vue du processus avait pour but d’explorer :

- L’innovation :
 - L’avantage relatif et le caractère observable de l’innovation ;
 - La compatibilité ;
 - Le risque (balance bénéfices-risques);
 - L’impact de l’innovation sur performance des infirmiers ainsi que sur la facilité ou non d’utilisation ;
 - Les connaissances nécessaires pour l’utiliser.
- La diffusion et la dissémination : influence de personnes dans le processus.
- L’implémentation : soutien de la hiérarchie et la question des ressources humaines.

Certaines questions sont communes aux deux guides d'entretien reprises ci-après sous l'intitulé « point de vue transversal ». Ces questions ont trait aux éléments suivants :

- Adopter (= l'adoption des personnes) : questions aux stades de pré-adoption, en début et en cours d'adoption ;
- Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe : rôle de la FASD et des formateurs de la FASD.

Chaque composante de la grille de Greenhalgh abordée lors des entretiens m'a permis d'approfondir chaque aspect lié à la gestion de projet, que ce soit en termes de manquement ou d'éléments bien présents lors de l'implémentation du DIE (avant, pendant et après).

3.1. POINT DE VUE DE LA STRUCTURE (LE CONTEXTE)

3.1.1. Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation

3.1.1.1. Déterminants structurels

Nous pourrions dire que l'organisation est de grande taille mais... chaque ASD est une entité juridique à part entière ce qui implique que certaines structures ASD sont de plus grande taille que d'autres. Force est de constater que le DIE a été plus facilement adopté par les ASD de plus grande taille.

Par ailleurs, les ASD sont « matures » puisqu'existantes depuis plus de 80 ans.

Les ASD utilisent une réelle différenciation de fonctions puisque trois « domaines d'activités » sont exploités : soins infirmiers, aide à la vie journalière et coordination ; ce qui en résulte une spécialisation, un focus sur les connaissances professionnelles dans chaque domaine.

Tous ces éléments structurels sont favorables à l'adoption d'une innovation. Néanmoins, faute d'un financement adéquat des soins infirmiers à domicile, les ressources (financières et humaines) sont insuffisantes pour investir de manière idéale dans un nouveau projet de l'envergure du DIE. D'autant plus que la prise de décision pour ce type de projet est centralisée au niveau du Collège des directeurs et ce, par consensus.

Un élément mis en lumière par les différents PV des instances FASD est l'aspect financier du développement du DIE. Le développement s'est étendu sur plusieurs années ce qui a impliqué un coût exorbitant (plus d'un million d'euros !). Si le choix avait été de continuer avec le DIE, les coûts liés à la stabilisation auraient été tout aussi importants. Cet élément a été réellement bloquant pour pérenniser l'application.

3.1.1.2. La capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation

Les entretiens ont mis en lumière deux niveaux de connaissance dans les différentes organisations : au sein de la FASD et au niveau des ASD.

Au sein de la FASD, étonnamment, j'ai collecté des avis divergents. L'ex-DG affirme que les connaissances et compétences au sein de la FASD, et plus précisément au niveau du service informatique, étaient suffisantes malgré des moyens limités. *A contrario*, le responsable informatique formule une auto-critique en constatant que, du point de vue de la technologie informatique, la connaissance et la compétence était « à 100% dans les mains de l'entreprise informatique » qui a développé le logiciel, que les informaticiens de la FASD étaient complètement « dépendants de la boîte externe ».

Au sein des ASD, les connaissances et compétences selon les technologies utilisées étaient variables selon les ASD. Un élément mis en lumière est la nécessité de laisser du temps au personnel pour acquérir ces connaissances et compétences.

La culture d'apprentissage est plutôt individualisée : chaque infirmier choisit les formations qu'il a envie de suivre. Il n'y a pas d'informations transmises à la base opérationnelle sur la progression, l'évolution du métier au regard de la transformation digitale des soins de santé. Le DIE a été vécu par beaucoup d'infirmiers comme étant une contrainte imposée par la FASD, sans réelles explications ni accompagnement de la hiérarchie intra-ASD. En d'autres termes, le leadership ne tend pas vers le partage de connaissances, surtout en termes de transformation digitale puisque la décision est centralisée au Collège des directeurs.

3.1.1.3. Un contexte réceptif au changement = caractéristiques organisationnelles

L'ex-DG rapporte que le contexte pouvait être réceptif à certains changements mais pas à celui de la transformation digitale. La vision stratégique est plutôt amenée et portée par la FASD, avec la nuance que la vision des directeurs généraux ASD n'était pas suffisante pour contrer les résistances au changement. Ce qui en résulte un désintérêt de la part des ASD, ayant conduit à des rapports de force entre le Collège des directeurs et la FASD, puis vécu comme étant une imposition de la FASD par le personnel de soins. Ce problème est récurrent dans bon nombre de projets. Par conséquent, les relations managériales sont d'un niveau insuffisant et le leadership en ASD n'est pas suffisamment fort pour l'ouverture au changement, pour rencontrer un climat propice à l'expérimentation. Ce contexte est expliqué également par le sous-financement structurel des soins à domicile : l'objectif étant d'être à l'équilibre financier, le temps consacré au DIE n'est pas rentabilisé au sens premier du terme.

Bonnes pratiques

Déterminants structurels : Prise de décision décentralisée, en concertation avec chaque niveau hiérarchique. Un planning clair et précis mentionnant les livrables à des dates-clés doit être défini contractuellement dès le début du développement ainsi qu'une budgétisation. Ces éléments sont essentiels au bon pilotage de projets de grande envergure.

La capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation : au niveau de la FASD, implication et prise de responsabilité accrues lors de sous-traitance. Au niveau des ASD, un leadership davantage proactif dans le partage de connaissances. Cela passe par une information plus fréquente et précise sur les différents projets en cours et leur état d'avancement tout au long de son développement ou de sa construction.

Contexte réceptif au changement : une implication plus forte, une participation plus conscientisée de la part des ASD dans la construction d'une vision stratégique commune.

3.1.2. L'ouverture à l'innovation du système

3.1.2.1. La tension pour le changement

Le besoin de transformation digitale résidait surtout dans le chef de la hiérarchie : les DG et les DSI, peut-être même jusqu'aux infirmiers-chefs. Néanmoins, la base opérationnelle n'était pas conscientisée sur ce besoin. La situation qu'ils connaissaient convenait à la plupart des infirmiers. Le responsable informatique me rapportait que le terrain « est plutôt résistant au changement et attaché au papier ».

3.1.2.2. L'adéquation du changement par rapport au système : Conformément aux valeurs, normes, stratégies, objectifs, skill mix (compétences diverses), NTIC⁴ et manières de travailler

Le DIE rencontrait certains besoins tels que la conformité à la réglementation, aux obligations liées au financement ainsi qu'à « l'évolution de la profession sur les 10 ou 20 années à venir » selon l'ex-DG. Il soulève également qu'il y a eu « toute une série de choix de valeurs et d'objectifs pour aboutir à un outil qualitatif ». Ces choix se sont opérés avec des groupes de travail pour construire le contenu du DIE. Chaque personne composant ces groupes de travail étant expert dans une matière précise, les ambitions ont dépassé les besoins, ce qui a conduit à

⁴ Nouvelles technologies d'information et de communication

une complexité exagérée de l'application. Néanmoins, la directrice soins infirmiers met en avant, de manière récurrente, le besoin d'amélioration de la démarche clinique afin d'améliorer la qualité des soins.

Cependant, le responsable informatique relève la différence entre la volonté et les aspirations de la hiérarchie par rapport aux besoins des infirmiers. Les perceptions sont nettement différentes au niveau hiérarchique par rapport à la base opérationnelle.

3.1.2.3. L'évaluation des implications

Selon l'ex-DG, « on peut parler d'évaluation sous forme d'analyse d'experts (par les groupes de travail) de façon anticipative. Par contre, la limite est qu'il n'y a pas eu d'analyse sur l'impact organisationnel ». L'aspect chronophage des encodages dans l'application n'ayant pas été anticipé, la désagréable surprise d'une rentabilité amenuisée a été très mal vécue par tous.

Certains DG, DSI, infirmiers-chefs et infirmiers croyaient au DIE mais, force est de constater qu'ils étaient minoritaires ce qui a eu pour conséquence l'abandon de celui-ci.

Une évaluation de l'impact de l'implémentation du DIE n'a pas été mise en place de façon formelle : seul le calcul de rentabilité (temps par tournée en fonction des types de soins et de leur financement) était un élément objectif.

Outre ceci, il y a eu une enquête de satisfaction réalisée en septembre 2019 (résultats en [annexe 6](#)) qui a mis en lumière l'insatisfaction des utilisateurs quant à l'application elle-même, à son contenu et à sa complexité. Il y a également eu une extraction informatique du taux de remplissage des « tables », c'est-à-dire que, par onglet, tel champ a été rempli à hauteur de X % et ce, par ASD.

Bonnes pratiques

La tension au changement doit être rencontrée par les utilisateurs avant tout. Ce n'est que de cette façon que l'adéquation du changement par rapport au système sera rencontrée. La base opérationnelle doit être davantage impliquée au démarrage de tels projets.

Une évaluation anticipative de l'impact du changement doit être réalisée par des tests « grandeur nature » avant son implémentation.

3.1.3. Le contexte externe

À cette époque, l'état d'avancement de la transformation digitale dans le secteur des soins infirmiers à domicile était assez peu avancée. Les deux répondants de cette thématique relèvent que nous étions pionniers quant à la volonté de supprimer complètement le papier au domicile du patient. La plupart des infirmiers à domicile – salariés ou indépendant – utilisait un logiciel de « gestion » ce qui signifie uniquement la digitalisation de la planification des soins et la facturation qui y était liée et ce depuis quelques années seulement. Certains logiciels offraient tout de même la possibilité d'encoder quelques données de santé telles que les mesures des constantes physiologiques mais ça n'allait guère plus loin.

En termes d'incitants, l'ex-DG rappelle qu'ils sont de l'ordre de deux « niveaux » :

1°) Incitants « normatifs » : les exigences imposées par les diverses réglementations avec sanctions à la clé en cas de non-respect (cela relève de la responsabilité individuelle des prestataires). La réglementation INAMI est l'exemple le plus important : en cas de non-respect, l'INAMI est en droit de réclamer les « indus », argent perçu alors que les normes ne sont pas respectées comme la tenue du dossier infirmier.

2°) Incitants financiers via la prime informatique « pour faire entrer les gens dans le système ». Ce sont des incitants par la « contrainte » : en cas de non-respect, il n'y a pas de prime. L'ex-DG illustre ses propos comme suit : « Ce n'est pas un secteur où on va utiliser l'argent comme carotte, l'argent reste utilisé comme un bâton dans le sens où, si vous voulez garder vos recettes additionnelles liées à l'informatique, vous devez passer par plusieurs étapes qui impliquent de nombreux investissements ! ». Cette prime est liée à l'utilisation d'un logiciel homologué par la plateforme e-Health, pour autant que l'infirmier tarifie une certaine somme l'année de la demande (cela équivaut à un peu plus de 30.000 € de tarification annuelle, comme exposé à la section 1.2.4. Pourquoi adopter un logiciel infirmier ?).

Bonnes pratiques

La volonté d'être précurseur est noble mais il est important de ne pas brûler les étapes. Développer un outil comme le DIE, dans le respect des normes en vigueur et en ayant une attention particulière aux incitants financiers, doit s'opérer par étape afin de stabiliser le produit et d'avancer avec les utilisateurs en suivant leurs avis.

3.2. POINT DE VUE DU PROCESSUS

3.2.1. L'innovation

3.2.1.1. L'avantage relatif et le caractère observable de l'innovation

Les trois personnes interviewées ont mis systématiquement l'avantage de l'arrêt du dossier papier qui était source de tensions récurrentes (rédaction mensuelle, transport des dossiers au bureau, etc) avec un avantage non négligeable d'amélioration de la sécurité. En effet, consigner des données dans un logiciel professionnel revêt un caractère sécuritaire « upgradé », notamment au regard du secret professionnel et du RGPD.

La DSI met en avant l'aspect de l'amélioration de la qualité des prises en charge par la possibilité d'une démarche de jugement clinique performante dans l'application, alors que rien n'était prévu en ce sens dans les dossiers papiers.

Néanmoins, ils affirment tous les trois que, si la plus-value de la digitalisation du dossier infirmier était perçue par les infirmiers référents DIE, ce ne l'était pas nécessairement par tous les infirmiers. L'infirmier relève que cette perception était différente en fonction de l'âge des infirmiers (la jeune génération était encline à la digitalisation alors que les plus de 45 ans étaient davantage résistants au changement).

3.2.1.2. La compatibilité

Du point de vue de l'organisation, la DSI interviewée me rapporte que le DIE rencontrait les valeurs et les normes car, étant très complet, il permettait une démarche clinique plus « poussée », davantage conforme à l'Evidence-based Nursing et à la réglementation en vigueur. Par conséquent, il répondait aux besoins des infirmiers même s'ils n'avaient pas nécessairement conscience de cet aspect qualitatif.

Du point de vue des infirmiers, la compatibilité était perçue dans une très moindre mesure car insuffisamment conscients des réglementations en vigueur et du besoin d'un outil conforme à une démarche clinique qualitative. Néanmoins, l'infirmier a répondu spontanément « oui, au niveau du contenu mais pas au niveau de l'ergonomie et de l'intuitivité ».

3.2.1.3. La complexité

« La simplicité de l'innovation favorise son adoption. Néanmoins, l'expérience pratique diminue la complexité et/ou son adoption petit à petit, divisée en parties plus gérables » (Greenhalgh, 2004).

L'enquête de satisfaction du DIE (résultats anonymisés en [annexe 6](#) – en format PowerPoint®) réalisée en été 2019 a mis en lumière, notamment, que la complexité exagérée du DIE caractérisait un frein à son utilisation et donc, *in fine*, à son adoption. En effet, il y avait une vingtaine d'onglets et, certains d'entre eux comportaient plusieurs « tabulations et sous-tabulations », c'est-à-dire des parties et sous-parties. Cette « architecture » a rendu le DIE bien trop complexe.

3.2.1.4. Le caractère expérimental de l'innovation

Le DIE a revêtu un caractère expérimental par un test grandeur nature durant plusieurs mois dans une seule ASD. Pour les autres ASD, il n'y a pas eu ce test mais les infirmiers ont eu la possibilité de s'exercer avant le « top départ ». Cela était, visiblement, insuffisant.

3.2.1.5. La réinvention

Avant son abandon, il était prévu d'améliorer le DIE. Ces améliorations avaient été classées en plusieurs niveaux d'exigence selon le principe de « need to have / nice to have ». Néanmoins, le principal objet du travail des développeurs post-implémentation était de stabiliser l'application, c'est-à-dire de corriger les bugs qui provoquaient un arrêt brutal de l'application (bien avant la correction des bugs qui empêchaient la communication avec la base de données pour maintenir ces encodages dans l'application et en base de données).

3.2.1.6. Des frontières floues

Le noyau dur était clairement l'application en elle-même. Cependant, les « structures et systèmes organisationnels » pour implémenter le DIE ont été très clairement définis avec les DSI. L'organisation des formations, plannings à la clé, a été élaborée par les DSI et mise en musique par la FASD.

3.2.1.7. Risque

Deux des trois intervenants ont clairement émis que la balance bénéfice-risque penchait du côté du risque au regard des bugs rencontrés et de l'aspect chronophage de l'encodage. L'infirmier met en évidence le fait qu'il y avait « trop d'inconvénients par rapports aux avantages ».

La DSI nuance son propos en expliquant que des « modalités d'utilisation et des normes d'encodage » ont fait l'objet de consignes claires dès le début de l'implémentation (ex. : encodage obligatoire de certains onglets, encodages facultatifs d'autres onglets et d'autres encore à ne pas utiliser car comportant des bugs). Elle constate que ces consignes ont eu pour effet de rassurer les infirmiers, du moins, dans un premier temps.

L'infirmière-chef met en évidence le temps nécessaire à l'encodage au début de l'implémentation mais, que par la suite, ce n'était « plus que » de la mise à jour des données encodées. Donc, selon elle, la balance penchait du côté « bénéfices ». Certes, il y avait des manquements en termes de contenu et d'ergonomie mais cela n'a pas empêché une adoption efficace du DIE dans son ASD.

3.2.1.8. Liée à la performance

La complexité du DIE a impliqué qu'il n'était pas aisé à utiliser et, de surcroît, l'encodage initial de dossiers infirmiers prenait un temps considérable.

L'infirmier mentionne que le travail d'encodage des dossiers infirmiers aurait été facilité si 10 minutes avaient été octroyées par patient et par jour pour le faire.

La DSI déplore que les infirmiers « n'aient pas exploité toutes les ressources du DIE » et, par conséquent, « ça n'a pas vraiment amélioré leurs performances, ni au niveau de qualité, ni au niveau de la rapidité parce que ça prenait du temps d'encoder ». La directrice rappelle que derrière le terme « performance », il y a également la notion de « rentabilité » qui s'en est trouvée en souffrance, surtout au début de l'implémentation.

Outre tous ces éléments, l'infirmière-chef mentionne l'investissement de son équipe et que, finalement, « chacun y trouvait son compte ». Elle mentionne que la performance était loin d'être optimale au début de l'utilisation mais qu'à terme, celle-ci a été améliorée et ce grâce à l'investissement des infirmiers dès le début de l'implémentation.

3.2.1.9. Les connaissances nécessaires pour l'utiliser

Deux des trois intervenants ont clairement relevé que la maîtrise du « hardware » (tablette) était loin d'être acquise. En effet, l'utilisation de la tablette, support technique utilisé en ASD pour

la planification des soins, en était réduite à son utilisation minimale puisque la seule interface employée jusque-là ne comportait que quelques fonctionnalités de base (ajouter/confirmer/supprimer un soin/une visite et confirmer la tournée).

La troisième personne a un avis divergent par rapport à l'utilisation de la tablette. Néanmoins, l'âge des infirmiers est une composante majeure de cette maîtrise : les plus jeunes sont plus à l'aise avec les outils informatiques que les infirmiers plus âgés. L'infirmier regrette qu'une formation à l'utilisation de la tablette et au « jargon » informatique n'ait pas eu lieu préalablement à l'implémentation du DIE.

La DSI met en avant également une différence de formation de base en soins infirmiers. Les plus anciens n'ont pas été formés à la formulation de « diagnostics infirmiers / problèmes traités en collaboration » ce qui a eu pour conséquence une sous-utilisation des onglets dédiés à cette matière.

3.2.1.10. Support technique

Le principe de formation adopté était celui de « train the trainers », c'est-à-dire que des travailleurs de la FASD ont formé en trois jours des « infirmiers référents DIE » qui, ensuite, ont formé leurs pairs en deux après-midi.

En termes d'helpdesk, il y avait 2 niveaux : un support technique assuré par le service informatique et, la chargée de mission en soins infirmiers (moi) pour tout ce qui relevait des questions purement « métier ». Si, initialement, le mécanisme de communication entre ASD et la FASD était essentiellement des appels téléphoniques et des mails, nous nous sommes rapidement retrouvés débordés de mails et d'appels. C'est pour cette raison que nous avons formalisé, structuré davantage l'helpdesk avec un fichier Excel® partagé comportant tous les bugs et problèmes de l'application afin de ne pas nous le transmettre plusieurs fois. Par ailleurs, les demandes d'amélioration étaient centralisées au niveau des directions soins infirmiers de chaque ASD et classées en différents niveaux d'exigence selon le principe « need to have / nice to have » dont les améliorations non urgentes étaient classées en « priorité 3 ».

Bonnes pratiques

L'avantage relatif doit être mis davantage en lumière, expliqué par la hiérarchie et surtout doit aider les infirmiers à comprendre la nécessité de la transformation digitale.

Des tests grandeur nature doivent être réalisés dans chaque ASD, bien avant l'implémentation, afin d'appréhender et de, si possible, diminuer la complexité de

l'innovation pour que celle-ci soit compatible un maximum avec les besoins, les normes et les valeurs de la base opérationnelle. Ces tests permettront d'évaluer et de corriger les connaissances nécessaires préalables à l'utilisation d'un logiciel et, par conséquent, d'équilibrer la balance « bénéfices-risques » et d'améliorer la performance des infirmiers qui est un des objectifs visés par la transformation digitale.

Le support technique doit être étoffé et plus présent. La mise en place d'un fichier partagé relevant les bugs et problème doit être instauré dès le début de l'implémentation de l'innovation, pour l'ensemble des ASD.

3.2.2. La diffusion et la dissémination

Les ASD sont des structures verticales ce qui induit une imposition de l'innovation de manière contraignante. Ces structures sont homophiles, ce qui signifie que les cadres de références professionnels sont identiques, cette composante favorise l'adoption de l'innovation.

La question de la communication a été abordée dans un autre thème (« adopter »).

L'influence dans le processus de dissémination du DIE résidait très clairement dans le chef des référents DIE. Le rôle de « leader transformationnel » leur a été confié par leurs directions soins infirmiers, rôle que la majorité des référents DIE ont pris à cœur malgré la difficulté de la tâche. Le fait que la formation s'opère de pair à pair a diminué le sentiment d'imposition chez les infirmiers. Certains infirmiers-chefs qui étaient référents DIE – notamment l'infirmière-chef que j'ai interviewée – ont été également des leaders transformationnels alors que d'autres étaient davantage des leaders d'opinion. Dans ce cas, ils ont été facilitateurs de réseau en organisant, en soutenant les formations et en permettant aux infirmiers de réaliser des tournées « en doublon » (tournée réalisée à deux infirmiers au lieu d'un seul) pour améliorer et faciliter le processus d'encodage des dossiers infirmiers. Les directions en soins infirmiers ont également joué un rôle de facilitation en autorisant de manière tacite une rentabilité moindre pour que le DIE prenne son essor.

Bonnes pratiques

Le principe de formation « train the trainers » est certainement, et visiblement, efficace dans l'implémentation d'un logiciel. Il en sera d'autant plus efficace si les référents ou « trainers » se sont portés volontaires en connaissance de cause, sans contrainte.

Une formation plus longue, plus approfondie permettrait aux référents/trainers d'acquérir une parfaite maîtrise du logiciel afin d'être le plus à l'aise possible dans leur rôle de formateur et donc de « leader transformationnel ».

Le rôle de facilitation de la hiérarchie est également prédominant dans le processus d'intégration d'un logiciel en « donnant du temps » pour y parvenir.

3.2.3. L'implémentation

3.2.3.1. *Le soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication*

Le constat posé est que le soutien au DIE de la part de la hiérarchie à son plus haut sommet était peu visible par la base opérationnelle. Les directeurs généraux des ASD suivaient le projet de loin, avaient des retours dans leurs comités de directions respectifs et en Collège des directeurs mais n'étaient pas consultés par les niveaux inférieurs.

Les directions soins infirmiers ont participé à l'introduction de la formation du personnel de soins mais, ensuite, le travail de suivi a été confié aux infirmiers-chefs. Lorsque les bugs ont rendu l'application critique, certains DSI se sont manifestés auprès des équipes par mail et/ou en participant à des réunions d'équipe pour les soutenir et pour rapporter ces difficultés à la FASD. Cependant, dès lors que l'application a été déclarée critique, l'attention des directeurs généraux a été intensifiée pour être de réels relais auprès de la FASD.

3.2.3.2. *La question des ressources humaines*

■ **La pertinence et la qualité de la méthode de formation « train de trainer »**

Les trois répondants ont révélé que cette méthode a été appréciée tant par les infirmiers-référents DIE (trainers) eux-mêmes – bien qu'ils regrettent d'avoir eu trop peu de temps pour s'exercer à l'application ainsi que quelques heures de formation complémentaires pour approfondir leurs connaissances – que par le personnel de soins. Le fait que la formation au logiciel s'opère sous le mode « de pair à pair » rend le personnel de soins plus confiant en cas de demande d'explications complémentaires ou d'aide spécifique. De ce fait, l'implémentation du DIE a été moins considérée comme une imposition de la hiérarchie ou de la FASD.

La formation des infirmiers référents, se déroulant sur trois jours, était dense car la vingtaine d'onglets devaient être vus sur ce laps de temps. L'infirmier et l'infirmière-cheffe relèvent qu'une journée de formation supplémentaire aurait été très certainement profitable. Les intervenants me rapportent que le formateur des référents avait une parfaite maîtrise de la matière et a insufflé sa motivation.

■ **La motivation, l'implication, la capacité et la compétence des infirmiers-référents DIE et des formateurs des infirmiers-référents DIE**

D'avis général (des trois répondants), la motivation et l'implication caractérisaient les référents DIE. Ils ont considéré ce rôle comme un défi à relever. Les trois répondants mentionnent que les référents DIE avaient « la volonté d'avancer avec le DIE, de convaincre leurs collègues de l'utilité d'un tel outil ».

Les capacités et compétences résidaient surtout dans le fait d'être suffisamment à l'aise avec un outil informatique afin d'assimiler relativement facilement l'ensemble de la matière. L'infirmier soulève un aspect non négligeable pour les référents : les aptitudes pédagogiques. De son expérience, il relève une certaine difficulté à former ses pairs « par manque d'aptitudes pédagogiques ». Il était nettement plus à l'aise lorsqu'il expliquait le DIE à une seule personne qu'à un groupe.

Les formateurs de la FASD avaient une parfaite maîtrise de l'outil et ont insufflé leur motivation aux référents DIE.

La DSI relève que « quand on est motivé, la compétence s'acquière plus vite ».

3.2.3.3. *Le feed-back à propos de l'impact du processus*

Au début des formations des référents DIE, puis du personnel de soins, l'impact « positif » était exposé à savoir la suppression du dossier papier au domicile du patient ainsi qu'un dossier informatisé plus complet que le dossier papier.

L'infirmière-cheffe vérifiait régulièrement les encodages dans les dossiers des patients chroniques et, si nécessaire, interpellait qui de droit. L'infirmier n'a pas mentionné cela mais bien la DSI puisqu'elle mentionne que les dossiers n'étaient « pas complétés de manière optimale », elle regrette que les infirmiers n'aient pas exploité toutes les potentialités du DIE mais, encore une fois, la contrainte de temps a eu certainement un impact négatif sur les encodages de dossiers.

Le feed-back majeur réside plutôt dans le retour sur les bugs et autres problèmes techniques du DIE, qui étaient les mêmes pour tous les utilisateurs, ce qui les rassuraient quelque peu.

L'infirmier rappelle que l'enquête de satisfaction était une forme de feed-back envers la FASD puisqu'ils pouvaient s'exprimer librement.

3.2.3.4. *L'adaptation / la réinvention*

Il était prévu, initialement, d'améliorer l'application. Ces demandes d'amélioration – émanant des utilisateurs – avaient été classées en plusieurs priorités selon le principe « need to have / nice to have ». À la suite de l'implémentation du DIE dans l'ensemble des ASD, il était prévu de développer les améliorations en « priorité 3 » qui étaient une réelle plus-value en termes d'ergonomie (ex. : onglets colorés lorsqu'ils comportaient un encodage de données de santé). La priorisation des améliorations a été réalisée par les directions soins infirmiers, puis validée par le Collège des directeurs. Le service informatique était informé de chaque demande d'amélioration.

Par ailleurs, l'évolution du plan e-santé belge aurait incité à améliorer le DIE, notamment au regard d'une nouvelle homologation des logiciels infirmiers (prévue en 2022).

Bonnes pratiques

Le soutien de la hiérarchie doit être plus visible pour le personnel de soins. La hiérarchie doit s'impliquer dès le début du projet pour pouvoir être consultée à tout moment lors de l'implémentation.

La formation doit être suffisamment longue pour que les référents acquièrent une parfaite maîtrise de l'outil. Des sessions de formation continuée pourraient pallier certaines lacunes. Le choix des référents doit se faire sur base volontaire et sur base de leur compétences informatiques et pédagogiques, éléments essentiels à la bonne transmission d'informations cruciales pour une utilisation optimale du logiciel.

Un feed-back structuré plus précis et à intervalles réguliers (en réunion d'équipe mensuelle par exemple) doit être mis en place afin que le personnel de soins encode les dossiers infirmiers de manière optimale et ce dans un objectif de qualité de jugement clinique et de prise en charge personnalisée du patient.

La possibilité d'adaptations doit avoir un timing précis pour ne pas laisser les utilisateurs dans le flou, contraints d'avancer avec leurs frustrations.

3.2.4. Des liens au stade de développement de l'innovation

L'innovation (le DIE) a été effectivement développée de manière centralisée : par une entreprise informatique externe. Le contenu a été créé par des groupes de travail composés d'infirmiers et d'expert pour certaines matières (soins de plaies, diabète de type 2 et soins palliatifs) et concrétisé par deux infirmières détachées d'ASD pour ce travail d'écriture. Si le contenu des onglets était pertinent, certains étaient trop complexes, surtout pour les matières spécifiques précitées. Cela s'explique par l'ambition des experts d'aboutir à des onglets très précis mais, dans ces cas, trop complexes pour que l'encodage soit aisé. Le responsable informatique a relevé cet élément et a également indiqué que « la FASD aurait dû arbitrer plus » lors de la construction des contenus des onglets, surtout ceux dédiées aux matières spécifiques. En d'autres mots, l'association FASD-ASD a péché par une ambition exagérée de qualité de contenu de l'application. Cet arbitrage aurait certainement pu se faire aussi avec les directions soins infirmiers, à chaque étape (à chaque onglet finalisé).

Bonnes pratiques

La formule de groupes de travail d'infirmiers en ASD est certainement pertinente dans le cadre de la construction d'un outil qu'ils utiliseront eux-mêmes.

Les directions soins infirmiers doivent s'impliquer dans ce travail d'élaboration pour aboutir à un outil utilisable facilement par tous.

Le tout chapeauté par la direction soins infirmiers de la FASD et le responsable informatique en tant qu'expert technique qui pourra évaluer la faisabilité et l'ergonomie de l'application à chaque étape de la construction.

3.3. POINT DE VUE TRANSVERSAL : STRUCTURE ET PROCESSUS

En élaborant mes « outils de collecte des données » (donc mes guides d'entretiens ci-annexés), il m'a semblé opportun d'aborder les thèmes de « l'adoption par les personnes » et le « rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe » sous les deux prismes (structure et processus) car, selon moi, chaque intervenant pouvait certainement m'apporter des éléments de réponses éclairants.

Pour le thème « l'adoption par les personnes », il y a deux niveaux : la FASD (y compris ses instances) et les ASD.

3.3.1. Adopter (= l'adoption par les personnes)

3.3.1.1. Questions au stade de pré-adoption du DIE

La question était vaste : « Quelles informations ont été transmises aux infirmiers en ASD ? ».

L'ex-directeur général FASD et le responsable informatique ont clairement dit qu'ils n'en savaient rien. Mais, spontanément, l'un et l'autre m'ont expliqué le processus de transmission d'informations aux instances FASD.

L'ex-DG rapporte que, au niveau du collège des directeurs et des directions soins infirmiers, il y a eu des explications, projections d'écrans à la clé, sur le DIE et son contenu, y afférents les règles en vigueur (INAMI, critères d'homologation, etc). Côté directions administratives et financières, le responsable informatique rapporte qu'il s'agissait plutôt d'un suivi concernant l'homologation, condition *sine qua non* pour obtenir la prime informatique annuelle donc, un axe davantage financier.

Selon la DSI, l'infirmière-cheffe et l'infirmier interviewés, le personnel de soins avait peu d'informations avant les formations hormis des mails informant l'arrivée du DIE. En guise d'introduction aux formations (référénts DIE et personnel de soins), le « contexte » était exposé par un membre de la hiérarchie pour le personnel de soins et par le directeur soins infirmiers FASD pour les référents. Le « contexte » signifie la volonté politique au travers du plan e-Santé et que, à termes, le DIE permettrait une meilleure communication entre les différents professionnels de la santé.

3.3.1.2. Questions au début de l'adoption

Comme déjà expliqué, la formation s'est déroulée sous le mode « train de trainers », par conséquent, les infirmiers « référents DIE » ont été formés par la FASD (chargée de mission en soins infirmiers) en trois journées et, à leurs tours, les référents ont formé leurs collègues en deux après-midi, équipes par équipes. Une donnée intéressante apportée par le responsable informatique est que les infirmiers n'ont eu aucune manipulation particulière pour accéder au DIE : « c'est à partir d'un programme particulier que l'on installe à distance l'application, ensuite, il « suffit » pour les infirmiers de cliquer sur l'icône « FASDPlanner » ».

Selon la DSI, le processus de formation avait été bien réfléchi, plannings à la clé. D'ailleurs, elle a suivi l'ensemble de la formation afin de connaître à minima l'application.

Un point de friction dans le processus d'apprentissage d'utilisation de l'application et d'incorporation du DIE dans leur quotidien est le temps ! Une tournée « standard » offre un temps limité aux infirmiers pour encoder les données de santé utiles à la continuité des soins

dans l'application. Cette composante de temps est revenue à de nombreuses reprises dans les entretiens.

Concernant l'accès à l'information par rapport aux effets du DIE, cet aspect était surtout développé à la FASD : un audit informatique de remplissage des tables et l'helpdesk ont été de bons « baromètres » pour évaluer les effets du DIE. Ces informations étaient transmises aux directions soins infirmiers lors des réunions mensuelles et transmettaient ces informations à leurs instances internes. Cependant, elles n'ont pas été transmises telles quelles au personnel de soins mais bien par la mise en place du fichier Excel® partagé relevant les problèmes et bugs rencontrés et par des feed-back aux infirmiers sur les encodages des dossiers.

3.3.1.3. Questions en cours d'adoption

Le feed-back aux infirmiers à propos des effets du DIE était certainement incomplet. Il se concentrait essentiellement sur la complétude des dossiers et sur la rentabilité (mais pas dans chaque ASD) et ce, lors des réunions d'équipe mensuelles principalement. La DSI et l'infirmière-cheffe regrettent que, « trop souvent, l'helpdesk n'était pas en mesure d'apporter une réponse directement à un problème et que nous étions contraints de s'en remettre à l'entreprise informatique externe ».

Selon l'infirmier interviewé, l'enquête de satisfaction a été perçue par les infirmiers comme une forme de feed-back de la part de la FASD. Au niveau de la FASD, nous considérons que c'est plutôt un feed-back des infirmiers vers la FASD, en ce compris leur hiérarchie.

L'ex-DG mentionne que « la compréhension des problèmes est assez compliquée via mail, beaucoup d'éléments de précision sont nécessaires à la reproduction du problème afin de le comprendre et de le solutionner ».

Les infirmiers avaient la possibilité de formuler des demandes d'amélioration au travers du fichier Excel® partagé (en remontant les problèmes et les bugs qui devaient être corrigés) et via leur hiérarchie qui le transmettait à la FASD soit dans les instances, soit via mail ou téléphone. Cependant, l'infirmier constate que « peu d'infirmiers prenaient le temps de compléter ce fichier ! ».

Bonnes pratiques

Une information systématisée en cours de développement du logiciel doit faire l'objet d'une communication envers la base opérationnelle afin de ne pas se sentir pris au dépourvu lors de l'implémentation. Cette communication doit comporter l'état d'avancement du projet, un timing pour l'implémentation et, surtout, la ou les raison(s) d'un tel changement.

Un accompagnement de la hiérarchie lors des formations est perçu comme soutenant de la part des utilisateurs. Une méthode et une planification des formations clairement définies consistent en la base d'un démarrage d'implémentation positif. Offrir du temps aux utilisateurs pour se familiariser avec l'application permet une maîtrise plus rapide et une diminution des résistances au changement.

Un feed-back structuré et systématisé envers le personnel de soins permettrait également de diminuer les résistances au changement et, par conséquent, une maîtrise plus rapide de l'application.

Le principe du fichier partagé est une bonne solution de communication ASD-FASD pour autant que les utilisateurs se donnent la peine de le compléter. Le mécanisme de communication par mail à lui seul est insuffisant car trop de mails relevant le même problème polluent la bonne communication

3.3.2. Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

La question posée était volontairement vaste dans un premier temps : « *Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque partie prenante de la FASD : directeurs FASD, responsable informatique, chargée de mission en soins infirmiers...) pour mener à bien/à mal ce projet ?* ». Par la suite, j'orientais la question sur le rôle joué par la chargée de mission en soins infirmiers dans cette implémentation. C'est, certes, délicat mais j'ai assuré mes interlocuteurs du non-jugement de leurs propos et qu'en aucun cas, je ne me sentirais froissée car je suis assez critique envers moi-même.

L'infirmier et l'infirmière-chef n'ont pas su répondre à la question car ils sont trop éloignés de la FASD.

La directrice soins infirmiers a relevé que « le point « DIE » était systématiquement à l'ordre du jour des réunions DSI mensuelles. Ceci permettait des échanges de vives voix sur les difficultés rencontrées par les infirmiers. Néanmoins, en fin d'utilisation du DIE, ce point

cristallisait les frustrations de part et d'autre car nous n'avions pas de réponses acceptables de la part de l'entreprise informatique externe ».

Le responsable informatique – loin de minimiser sa responsabilité – rappelle que les ASD se sont peu impliqués dans le processus de développement et « nous ont laissé piloter le projet tout seul » alors que les moyens en termes de ressources humaines étaient limités. Un contrôle à chaque étape de la création du DIE aurait sans doute permis de diminuer la complexité de l'application.

L'ex-DG rappelle une composante non-négligeable : le turn-over dans la fonction de direction administrative, financière et informatique FASD (DAFI) qui a connu trois personnes différentes tout au long du processus de développement et d'implémentation. Cet élément de contexte a mis à mal le leadership financier et l'encadrement du service informatique, faisant peser une pression accrue sur les épaules du responsable informatique et des autres directeurs, avec des difficultés de visions communes. Un autre point sensible amené par l'ex-DG est que le système ASD est lié au système mutuelliste (mutualité chrétienne) qui était en pleine restructuration par suite d'un changement de législation. Pour d'autres projets FASD, les directeurs régionaux mutuellistes étaient des facilitateurs, en donnant une vision stratégique commune à long terme. Malheureusement, nous n'avons pu bénéficier de ce soutien pour l'implémentation du DIE.

Concernant le rôle de la chargée de mission en soins infirmiers, chaque intervenant a clairement exprimé qu'elle était « la » bonne personne, empathique, soutenante, positive et motivée et motivante. L'ex-DG mentionne notamment que s'il avait pensé que ma formation, mes connaissances et compétences étaient insuffisantes, il ne m'aurait pas engagée.

Homophilie et crédibilité étaient rencontrés puisque j'ai été infirmière en ASD durant 12 années, par conséquent, je connaissais (et connais) très bien la réalité des infirmiers en ASD. Par ailleurs, nos valeurs étaient les mêmes ainsi que le langage utilisé (explications à la clé sur des termes plus techniques) La crédibilité résidait dans le fait que la chargée de mission maîtrisait parfaitement le DIE, ce qui a permis de dispenser une formation structurée de qualité et ce, malgré les résistances au changement rencontrées mais également par les contacts directs avec les développeurs. Là où le bât blesse, relevé par l'ex-DG, c'est que ces résistances au changement se sont quelques fois concrétisées en agressivité, ce qui était très déstabilisant. Ses mots sont lourds de sens : « C'est sur ça qu'il aurait fallu te former... que tu aies une bonne résistance à la critique, que tu sois mouillée à l'extérieur et sec à l'intérieur ! Parce que, en fait, ça abîme l'expression de la compétence, de se faire massacrer en permanence... ».

Les ressources techniques résidaient essentiellement dans l'helpdesk par le service informatique et par la chargée de mission en soins infirmiers. L'infirmière-chef relève que le

service informatique « était débordé ! Il fallait préférer le mail à l'appel téléphonique ». Outre cela, la chargée de mission en soins infirmiers avait créé un « Manuel d'utilisateur » – qui était dense car l'application l'était aussi – imprimé en version papier pour les infirmiers référents DIE et accessible par via leur tablette vers un serveur partagé. L'infirmière-chef a relevé cette difficulté : si chaque utilisateur avait eu une version du Manuel d'utilisateur en version papier, cela aurait facilité l'utilisation au quotidien de l'application.

Les compétences communicationnelles étaient plus que présentes puisque nous parlions le même « langage ». Quant aux compétences de gestion de projet pour soutenir la partie opérationnelle de l'implémentation, si elles étaient insuffisantes pour la part de la chargée de mission en soins infirmiers, elles étaient palliées par ses responsables hiérarchiques, par le responsable informatique et par l'analyste de l'entreprise informatique externe.

Bonnes pratiques

Pour une gestion de projet de cette envergure plus efficace, les ASD doivent s'impliquer davantage dans le processus de développement et d'implémentation. Un contrôle et un arbitrage de part des ASD à chaque étape du développement permettrait de diminuer la complexité de l'application et, par conséquent, d'aboutir à une application plus ergonomique. Les relations ASD-FASD doivent être sereines, soutenues par le réseau mutuelliste, empruntées de confiance et de dialogue pour permettre une implémentation dans des conditions optimales pour les utilisateurs.

L'agent de changement externe doit connaître et comprendre le contexte professionnel des infirmiers en ASD. Une implication de sa part dans le développement du projet, par des liens avec les développeurs et avec le soutien de sa hiérarchie et du service informatique, accroît sa crédibilité. Une bonne résistance au stress est également nécessaire dans ce contexte.

Les ressources techniques doivent être accessibles facilement et il est nécessaire d'anticiper le besoin d'helpdesk pour avoir suffisamment de ressources (humaines notamment).

Un travail d'équipe collaboratif de qualité en amont de l'implémentation est nécessaire pour préparer le « terrain ».

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Le modèle de Donabedian couplé à la grille de lecture de Greenhalgh m'ont permis d'explorer toutes les composantes liées à l'abandon du DIE de manière structurée. Avant cette analyse, j'avais le sentiment que seule l'application bancaire ne pouvait expliquer cette décision. Pour reprendre les mots du responsable informatique FASD : « je ne considère pas que c'est un échec total, c'est avant tout un apprentissage ».

4.1. POINT DE VUE DE LA STRUCTURE

Grâce aux composantes de la grille de Greenhalgh, le contexte ASD-FASD ainsi que le contexte externe ont été mis en lumière en apportant des explications. Les deux personnes interviewées m'ont chacune apporté des éléments de contexte que j'ignorais ou que je n'avais pas saisis à l'époque du DIE.

Le contexte des ASD, à ce moment-là, était particulièrement difficile puisque bon nombre essuyait des difficultés financières. Le coût du DIE est exorbitant : on avoisine le million d'euros ! Les ASD ont dû payer des sommes très importantes pour que ce projet voit le jour mais avec le constat qu'il n'était pas suffisamment stable pour insuffler la confiance des infirmiers dans cet outil. Le coût pour pouvoir continuer avec le DIE en vue de sa pérennisation a marqué au fer rouge la décision de son abandon. Pour les ASD, l'argent est clairement le « nerf de la guerre » et ces coûts ne pouvaient être admissibles par personne.

Le fait que chaque ASD est une entité juridique à part entière déforce la notion d'objectif commun et d'effort collectif. La culture d'apprentissage individualisé n'était pas favorable à une forme de standardisation du métier d'infirmier à domicile. Le contexte n'était sans doute pas réceptif à un tel changement malgré la perception de la nécessité de la transformation digitale au regard du contexte externe et de la volonté de nos autorités politiques au travers du plan e-Santé. La vision stratégique commune faisait également défaut. Les rapports de forces entre ASD et la FASD ont desservi la gestion de projet et l'implémentation du DIE elle-même. Un élément structurel non négligeable est la perception de ce contexte par la base opérationnelle. Les informations transmises aux infirmiers sont souvent tronquées, dénaturées et conduisent à une méfiance des infirmiers par rapport à la FASD. Par conséquent, je peux dire qu'il n'y avait pas d'adéquation du changement par rapport au système, même si l'ambition initiale de supprimer le papier au domicile du patient était noble, le tout couplé à un incitant financier non négligeable (prime informatique qui équivaut à plus de 550.000 € perçus annuellement pour l'ensemble des ASD).

Le constat posé est que l'ambition d'être pionnier dans le domaine de la transformation digitale n'était pas assumée par l'ensemble des ASD. Par ailleurs, il y a un réel « gap » entre la volonté des hiérarchies ASD et les besoins des infirmiers, d'où un aboutissement à une application trop dense, trop complexe manquant cruellement d'ergonomie.

4.1.1. Limites

La limite de ma recherche quant à la structure, au contexte, est très certainement que je ne me suis pas adressée à des directeurs généraux d'ASD. Néanmoins, depuis l'implémentation du DIE, il y a eu bon nombre de nouveaux arrivants, qui, pour certains, ont accentué les rapports de force entre les ASD et la FASD et vu ma position, c'est plutôt délicat... De plus, l'échantillon pour le point de vue de la structure est très petit car constitué de deux personnes seulement.

Une autre limite est que je n'ai pas interviewé mon responsable hiérarchique, le directeur des soins infirmiers FASD, car, initialement, il était prévu qu'il soit membre du jury donc, il aurait été, dans ce cas, juge et partie. Néanmoins, nous échangeons énormément de manière informelle et, de cette façon, j'ai une vue plutôt globale de la situation par rapport au DIE.

4.2. POINT DE VUE DU PROCESSUS

Le processus est une composante qui me touche directement puisque, par ma fonction, j'étais « au cœur de l'action » lors de l'implémentation du DIE.

La perception de l'avantage du DIE était variable selon l'âge des infirmiers. Il est à noter que cette perception était également de niveaux différents en fonction de la « place » dans l'organigramme. La hiérarchie avait des aspirations d'amélioration de la qualité de la démarche clinique alors que les infirmiers auraient voulu un outil moins complexe et moins dense. Cette complexité exagérée couplée aux problèmes de synchronisation et de bug ont constitué un risque trop important et mis en danger la performance des infirmiers dans leur pratique au quotidien. L'aisance avec le hardware (tablette) était trop insuffisante pour les infirmiers plus âgés que pour permettre une intégration facile et rapide du DIE dans leurs tâches quotidiennes. Le support technique répondait aux besoins mais chacun ne « jouait pas le jeu » en rapportant les problèmes rencontrés à la FASD.

Par ailleurs, il apparaît que la méthode de formation proposée a été appréciée de tous : les infirmiers référents pouvaient exploiter des compétences et prédispositions aux outils informatiques et leurs collègues appréciaient le mode de « pair à pair » car cela diminuait le sentiment d'imposition, de contrainte de la hiérarchie ou de la FASD. Néanmoins, ce rôle de

« référent DIE » exigeait des compétences pédagogiques pour dispenser la formation, ce qui en a mis certains en difficulté. En outre, des sessions de « rattrapage » pour les référents auraient certainement été nécessaires si les ASD avaient continué à travailler avec le DIE.

Le soutien visible de la hiérarchie (à son plus haut sommet) aurait sans doute favorisé l'adoption du DIE par les infirmiers. Parallèlement, un feed-back récurrent, construit de manière structurée aurait également induit un approfondissement de la connaissance du DIE par les infirmiers.

Lors du développement du DIE, l'absence d'une forme d'arbitrage (positif ou négatif) de la part des ASD et/ou du service informatique a conduit à une trop grande complexité de l'application, réel frein à son adoption. Ce qui a été relevé également par le responsable informatique c'est que l'ambition a été trop élevée : l'implémentation aurait dû s'opérer étape par étape, quelques onglets, par quelques onglets avec avis des infirmiers et de la hiérarchie en ASD.

4.2.1. Limites

La limite évidente est l'échantillonnage de confort et de petite taille. Dans un monde idéal, j'aurais dû éditer un appel plus large adressé à l'ensemble des infirmiers, infirmiers-chef et directions soins infirmiers en ASD. Ce qui aurait amené à une comparaison des réponses apportées sur le processus d'implémentation du DIE, à chaque niveau hiérarchique et de la base opérationnelle. Faute de temps, cela n'a pas été possible.

L'autre limite flagrante, c'est moi ! Au cœur de l'action pour l'implémentation, cela a peut-être engendré une certaine retenue de la part des trois répondants dans les réponses apportées malgré l'assurance du caractère non-jugeant de cette analyse.

4.3. POINT DE VUE TRANSVERSAL : STRUCTURE ET PROCESSUS

Concernant le thème « adopter », il apparaît qu'il y a eu un manque d'informations aux infirmiers au stade de la pré-adoption ce qui a eu pour conséquence que certains ont été surpris – voire déstabilisés – de l'arrivée du DIE. D'autant plus qu'il n'y avait aucune information disponible sur les effets de la transformation digitale au quotidien. Les infirmiers sont entrés dans l'implémentation avec beaucoup d'angoisses et de questions en suspens, ce qui nous a amené à être confrontés à une certaine résistance au changement non anticipée. Lors des formations des référents DIE, l'accompagnement par la direction soins infirmiers est un signal fort envers les infirmiers en termes de soutien au projet. Un feed-back concernant les effets de la transformation digitale vers les infirmiers est nécessaire à une bonne intégration du logiciel dans le quotidien des infirmiers. Ce feed-back aurait pu venir également du service informatique

FASD vers les ASD en transmettant plus régulièrement les résultats des audits de remplissage des tables.

Outre la communication parfois compliquée entre les ASD et la FASD (infirmiers vers le service informatique ou chargée de mission en soins infirmiers), il est essentiel que chacun « joue le jeu » en remontant les problèmes de manière systématique et précise.

Avec le recul actuel, nous ne pouvons que déplorer les problèmes techniques rencontrés avec l'application qui n'ont pu être anticipés. Sans ces difficultés de synchronisation et les bugs, l'implémentation du DIE se serait certainement passée autrement, avec moins de frustrations.

Le rôle de « l'agent du changement externe » n'a pas été facile... La confrontation avec la résistance au changement non anticipée, avec les tensions presque « historiques » entre ASD et FASD ont compliqué la mission de formation des infirmiers référents DIE. Néanmoins, il ressort clairement que les infirmiers référents n'ont pas ressenti ces difficultés de la même façon. Tous s'accordent pour dire que faire passer un tel changement relève d'une grande difficulté mais que la chargée de mission en soins infirmiers était légitime et crédible dans ce rôle. Les rapports de force entre le collège des directeurs et la FASD a été certainement un facteur défavorable dans l'implémentation car ces tensions rejaillissaient inévitablement sur la base opérationnelle. La dernière phrase des « bonnes pratiques », je pense, permettrait réellement de travailler plus sereinement : « Un travail d'équipe collaboratif de qualité en amont de l'implémentation est nécessaire pour préparer le ‘terrain’ ».

À noter : Les limites sont celles décrites ci-avant.

5. PRÉCONISATIONS ET PERSPECTIVES

Le « guide des bonnes pratiques » ([annexe 7](#)) élaboré tout au long du chapitre « Résultats » peut être une bonne base pour ne plus repartir dans les mêmes travers lors d'implémentation de projets de cette envergure et surtout pour ceux de transformation digitale. Il est prévu d'intégrer ce guide dans un panel d'outils de gestion de projets à la FASD. A l'heure où j'écris ces lignes, plusieurs chantiers de digitalisation sont soit en cours, soit en construction en partenariat avec les ASD, pilotés par la FASD. Par conséquent, ce « Guide de bonnes pratiques » va servir la FASD dans ses choix et dans ses pratiques tout au long des implémentations.

Chaque ASD, chaque directeur, chaque infirmier doit prendre part à l'innovation mais surtout, être informé parfaitement, notamment en termes de timing. Un tel projet nécessite le concours de chacun et, pour cela, les ressources doivent être suffisantes, surtout en termes de ressources humaine, pierre angulaire de tous projets. Ne négligeons pas la communication – entre et vers tous les acteurs – qui est également la clé du succès.

Ce point transparaît peut-être moins explicitement mais je pense qu'un financement adéquat pour digitaliser les soins infirmiers à domicile serait certainement un incitant de poids. La prime informatique à elle-seule est insuffisante. Une prime calquée sur celle des médecins (plusieurs paliers en fonction de partages de données de santé, notamment via les réseaux de santé) pourrait concourir à une adoption facilitée par les infirmiers. La Roadmap e-Santé 3.0 va être revue dans les mois qui arrivent, espérons que l'évolution sera davantage centrée sur la première ligne.

6. CONCLUSION

Le point de départ de mon mémoire est la découverte de la grille de lecture de Greenhalgh au cours WFSP2231-La démarche EBN/EBP (Evidence-based nursing / Evidence-based practice) (Van Durme, 2019), alors que l'implémentation du DIE suscitait bon nombre de critiques et de mécontentements. Cette grille de lecture m'est apparue comme un outil pertinent pour analyser le projet DIE qui est devenu, *in fine*, l'analyse de l'abandon du DIE.

Pour la bonne compréhension du lecteur, une section a été consacrée à la contextualisation de la problématique : historique des ASD et de la FASD et différents aspects liés au fonctionnement de ces entités (service informatique centralisé et gouvernance FASD-ASD).

Dans le cadre théorique, je me suis employée à définir les concepts de « numérisation » et de « digitalisation ». Ce qui en a résulté est que le terme « numérisation » concerne l'action, c'est-à-dire encoder des données, alors que le terme « digitalisation » est davantage utilisé sous la formulation « transformation digitale ». Celle-ci définit l'intégration de supports informatiques (et logiciels) dans les pratiques de travail.

La définition de ces concepts était importante car l'avènement du Dossier Infirmier Électronique représentait une transformation digitale pour les infirmiers en ASD.

Ensuite, j'ai exposé les modèles de Donabedian et la grille de Greenhalgh que l'on peut considérer, notamment pour ce mémoire, comme des outils d'analyse de projets.

J'ai opté pour une méthode qualitative car, outre ma sensibilité pour les méthodes qualitatives, l'objectif de ce mémoire était de cerner différents facteurs comme les attentes préalables à l'implémentation du DIE, le ressenti et l'expérience des différents acteurs. Cette analyse qualitative s'est concrétisée sous plusieurs formes :

- l'observation participative étant donné que j'ai été active de manière importante lors l'implémentation du DIE (et en pré- et en post-implémentation),
- l'analyse de certaines composantes de la grille de Greenhalgh par des entretiens semi-directifs en vidéo-conférence (vu le contexte sanitaire de Covid-19) et au travers de différents rapports de réunions institutionnelles.

Il y a eu deux guides d'entretien différencié selon le point de vue de la structure et celui du processus. Néanmoins deux thématiques étaient transversales ; par conséquent, elles faisaient partie des deux guides d'entretien. J'ai élaboré les guides d'entretien selon la correspondance opérée entre les deux modèles de référence.

Les analyses de rapports de réunions institutionnelles, mon observation participative et les entretiens semi-directifs ont alimenté l'analyse de l'abandon du DIE au travers de chaque

composante (et sous-composante) du modèle de Greenhalgh. Des « bonnes pratiques » ont pu ainsi être construites pour chaque « grande » composante du modèle : antécédents du système vis-à-vis de l'innovation, l'ouverture à l'innovation du système, le contexte externe, l'innovation, la diffusion et la dissémination, l'implémentation, des liens au stade de développement de l'innovation, l'adoption par les personnes et le rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe. Les « bonnes pratiques » sont présentées en [annexe 7](#) sous forme d'un « guide ».

Comme toute analyse qualitative, ce mémoire comporte certaines limites telles qu'un échantillonnage de confort et de petite taille, le fait que je n'ai pas mené d'entretien avec des directeurs généraux d'ASD ni avec le directeur soins infirmiers de la FASD. Une autre limite est moi-même car étant un acteur important de l'implémentation du DIE, cela a peut-être engendré une certaine retenue de la part des répondants.

Cette analyse a mis en lumière une ambition trop importante par rapport aux besoins et attentes des infirmiers en ASD. Des manquements de taille en termes de gestion de projet (objectifs, livrables et budgets non-définis contractuellement), une déficience de communication envers la base opérationnelle avant l'implémentation, une implication des ASD insuffisante et un helpdesk déficient et peu structuré nous ont amené à rencontrer des résistances au changement de la part du personnel de soins plus fortes que nous ne l'avions anticipé.

Pour conclure, je dirais que cette expérience et ce mémoire (notamment le « Guide des bonnes pratiques ») vont nous – FASD – permettre de tirer des leçons pour les futurs projets de transformation digitale.

Une page s'est maintenant définitivement tournée pour ma fonction de chargée de mission en soins infirmiers (et pour moi) et, sans prétention aucune, ce mémoire a été salutaire, pour mon deuil de ce projet avorté.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

ALLOUCHE J., ZERBIB R. (2020). La transformation digitale : enjeux et perspectives. *La Revue des Sciences de Gestion*, 1 (1-2), 75-76. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/rsg.300.0076>

DUDÉZERT A. (2018). La transformation digitale des entreprises. *Paris : La Découverte*, 13-22. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/dec.dudez.2018.01>

GREENHALGH T., ROBERT G., MACFARLANE F., BATE P., KYRIAKIDOU O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations : systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82 (4), 581–629. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

GRIMSHAW J. M., THOMAS R. E., MACLENNAN G., FRASER C., RAMSAY C. R., VALE L., WHITTY P., ECCLES M. P., MATOWE L., SHIRAN L., WENSING M., DIJKSTRA R., DONALDSON C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 8 (6), iii–72. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3310/hta8060>

KUTNEY-LEE A., SLOANE D.M., BOWLES K.H., BURNS L.R., AIKEN L.H. (2019). Electronic health record adoption and nurse reports of usability and quality of care : the rôle of work environment. *Applied Clinical Informatics*, 10 (1), 129-139. doi: 10.1055/s-0039-1678551

WILLEMIN B. (2018). Numérisation des données de soin : impact sur l'élaboration et les fonctions du dossier médical. *Droit, Santé et Société*, 5(5-6), 33-41. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/dsso.055.0033>

COURS ACADÉMIQUES

AUJOLAT I., SCHMITZ O., VAN DURME T., Syllabus et notes de cours : Méthodes qualitatives avancées WFSP2204. Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2020.

CULTIAUX J., Notes de cours : Introduction à la sociologie des organisations. Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2017.

HESBEEN W., Notes de cours : Épistémologie et démarche clinique WFSP2232. Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2019.

ROUCOUX F., Syllabus : Systèmes d'information sanitaire dans un bassin de soins WFSP2210. Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain. ; 2018.

VAN DURME T., Syllabus : La démarche EBN/EBP (Evidence-based nursing / Evidence-based practice) WFSP2231. Université catholique de Louvain. Bruxelles : 2018.

DOCUMENTS FASD

FASD. (2018-2019). Extraits de rapports de réunions institutionnelles. Bruxelles.

FASD. (2016). Brochure d'accueil Soins Infirmiers. Bruxelles.

MÉMOIRES ET TRAVAUX DE FIN D'ÉTUDES

FERNANDEZ FERNANDEZ B., *L'hôpital face à de nouvelles pratiques professionnelles. Analyse de l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé* [Travail de fin d'études de master en Sciences du travail, 60 crédits]. Liège : Université de Liège. 2019

FRANCHI-GODIN J., *Le dossier patient informatisé : enjeux et conséquences pour le personnel soignant* [Mémoire de master en management sectoriel parcours MRQF]. Lille : Université de Lille ; 2017.

LEFEBVRE M., *La digitalisation du secteur des soins de santé - La transformation digitale comme support à l'innovation radicale*. [Mémoire de Louvain School of Management], Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain ; 2020.

VANDERLINDEN E., *e-care 4.0 et soins à domicile d'ici à 2045* [Mémoire de la Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication]. Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain ; 2018.

PAGES WEB

ABRUMET. (2021). A propos d'Abrumet. Disponible sur le site web <https://brusselshealthnetwork.be/a-propos-d-abrumet/>, consulté le 8 avril 2021.

BUSINESS WIDG. (2021). Numérisation ou digitalisation, quelles différences ? Disponible sur le site web <https://businesswidg.com/video-16-numerisation-ou-digitalisation-quelles-differences/#:~:text=La%20Num%C3%A9risation%2C%20c'est%20encoder,dire%20une%20suite%20de%20chiffres.&text=La%20Digitalisation%2C%20c'est%20l,on%20appelle%20la%20transformation%20num%C3%A9rique>, consulté le 02 mars 2021.

FÉDÉRATION DEL' AIDE & DES SOINS À DOMICILE. (2020). Page d'accueil. Disponible sur le site web de <https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr>, consulté le 8 décembre 2020.

FÉDÉRATION DE L'AIDE & DES SOINS À DOMICILE. (2020). Qui sommes-nous ? Disponible sur le site web <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr/qui-sommes-nous-fasd>, consulté le 8 décembre 2020.

FRATEM ASBL, FÉDÉRATION RÉGIONALE DES ASSOCIATIONS DE TÉLÉMATIQUE MÉDICALE. (2020). Statuts officiels. Disponible sur le site web <https://www.reseausantewallon.be/SiteCollectionDocuments/Documents-officiels-FR/StatutsOfficielsFratem.pdf>, consulté le 10 mai 2021.

INAMI. (2020). Notre intervention dans le coût de votre logiciel de gestion de dossiers (kinésithérapeutes). Disponible sur le site web <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/kinesitherapeutes/Pages/intervention-cout-logiciel.aspx>, consulté le 8 décembre 2020.

INAMI. (2020). Prime télématique soins infirmiers. Disponible sur le site web <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/Pages/prime-telematique-soins-infirmiers.aspx>, consulté le 8 décembre 2020.

INAMI. (2020). Prime de pratique intégrée en médecine générale. Disponible sur le site web <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/pratique-integree/Pages/default.aspx>, consulté le 8 décembre 2020.

LAROUSSE. (2020). Définition « interopérabilité ». Disponible sur le site web <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interop%C3%A9rabilit%C3%A9/43787>, consulté le 8 décembre 2020.

PLATEFORME E-HEALTH. (2020). Enregistrement des logiciels. Disponible sur le site web <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/enregistrement-des-logiciels>, consulté le 8 décembre 2020.

PLATEFORME E-HEALTH, e-santé. (2020). Roadmap 3.0. Disponible sur le site web <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30>, consulté le 8 décembre 2020

RÉSEAU SANTÉ WALLON. (2020). Page d'accueil. Disponible sur le site web <https://www.reseausantewallon.be/Pages/default.aspx>, consulté le 8 décembre 2020.

PLATEFORME E-HEALTH. (2020). Protocole d'accord entre l'État fédéral, la Communauté Flamande, la Communauté Française, la Communauté Germanophone, La Commission Communautaire Commune, La Région Wallonne et la Commission Communautaire Française en vue d'un échange et partage électronique d'informations et de données optimal entre les acteurs du secteur de la santé et du bien-être et de l'aide aux personnes. Disponible sur le site web https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/file/view/f9f637e852e8070f7defb40ecec4e775?filenam=protocolakkoord_e-health.pdf, consulté le 8 décembre 2020.

RÉSEAU SANTÉ BRUXELLOIS. (2021). Page d'accueil. Disponible sur le site web <https://brusselshealthnetwork.be/>, consulté le 8 avril 2021.

RÉSEAU SANTÉ WALLON. (2020). Pilotage. Disponible sur le site web <https://www.reseausantewallon.be/FR/patients/Information/general-informations/Pages/board.aspx>, consulté le 8 décembre 2020.

ANNEXE 1 : HISTORIQUE DU RÉSEAU FASD

1937	Création de la Croix Jaune et Blanche (CJB), sur le modèle des Pays-Bas : un centre naît à Gand, puis à Bruges, à Namur et à Louvain. Les soins infirmiers à domicile n'existaient alors que sous la forme d'initiatives locales.
1939	Création de la Fédération Nationale des Associations Croix Jaune et Blanche de Belgique.
1945 – 1949	Les besoins des familles sont tels que des mouvements associatifs (comme Vie Féminine) veulent répondre à ces demandes non rencontrées par l'entourage.
1948	Caritas catholica et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) initient des services de soins infirmiers concurrents à la CJB.
1948	Les mutuelles commencent à rembourser les soins. Le Ministre de la Santé publique et de la Famille reconnaît officiellement la CJB comme service organisé et spécialisé en soins à domicile.
1949	Les services d'aide aux familles reçoivent un cadre légal. Ils couvrent tout le territoire francophone et germanophone.
1963	Un protocole d'accord est signé entre Caritas catholica, la CJB et l'ANMC pour confier l'exclusivité des soins infirmiers à la CJB. Des conventions sont établies entre les Fédérations des MC et des Associations provinciales CJB au fur et à mesure de leur création.
1963 – 1965	Le Ministre de la Santé publique élargit la compétence des services d'aide aux familles pour qu'ils répondent également aux demandes des personnes âgées ou handicapées. Une formation plus courte est mise en place : celle d'aide senior.
1966	Une nouvelle revue est née. Elle s'appelle CONTACT. C'est le trimestriel de la CJB.
1967	Un arrêté ministériel détermine le statut de l'aide familiale et de l'aide senior.
1967 – 1975	Un seul cadre législatif (Fédéral – Ministère de la Santé publique) régit l'activité d'aide familiale.
1974	Création de l'asbl Aide familiale (AF) de Bruxelles.
1984	Création de l'asbl Aide Familiale (AF) germanophone. L'asbl Centre National coordonne désormais les trois asbl : wallonne, bruxelloise et germanophone.
1989 – 1990	La coordination socio-sanitaire est enfin reconnue en Communauté française. Un décret du 19 juin 1989 agréé 17 centres de coordination de notre réseau. Leur mission : coordonner les soins et services à domicile dispensés aux personnes privées d'autonomie.
1991	Création de l'asbl Permanence Soins à Domicile (PSD), avec deux missions : offrir un service de télé-assistance et assurer 24h/24 le secrétariat des centres de coordination des soins et services à domicile et des centres CJB.
1993	Le Centre National Vie Féminine se dote de nouvelles structures : 6 asbl AF wallonnes, l'asbl AF de Bruxelles et l'asbl AF germanophone. Elles constituent la Fédération Nationale Aide

	Familiale (FNAF). Les services AF de Mouscron et de Namur intègrent cette nouvelle Fédération. Les asbl AF se rapprochent fonctionnellement des asbl provinciales CJB.
1993 – 1995	Du côté francophone, la FNAF et la Fédération Nationale des Associations CJB, collaborent de plus en plus étroitement. La Fédération Nationale des Associations CJB se restructure. Les associations provinciales néerlandophones créent la Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Les 4 provinces francophones profitent de l'opportunité pour se rapprocher des services Aide familiale de la FNAF. L'ANMC est à la base de ce rapprochement.
1995	Les asbl CJB, les asbl AF et les Centres de coordination des soins et services à domicile (CCSSD) créent la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD). Celle-ci remplace la FNAF et représente désormais la CJB francophone, les services AF et les CCSSD. Un nouveau concept est né : AIDE & SOINS A DOMICILE. Des notes, des outils, des groupes de travail sont mis en place pour la construction des ASD régionales.
1995 – 1997	Le concept AIDE & SOINS A DOMICILE se concrétise dans un nouveau logo. L'intégration des soins et des services est en route.
1997	Le passage d'une entreprise d'économie sociale monodisciplinaire à une entreprise multidisciplinaire s'est opéré. La revue CONTACT, ancien trimestriel de la CJB de Belgique, évolue vers la revue des ASD : toujours celle des infirmiers, mais aussi celle des aides familiales, des aides ménagères, des assistants sociaux, des coordinateurs, des gardes à domicile, des gardes d'enfants malades et des ouvriers polyvalents.
1998	La FASD organise une formation reconnue par la Fondation Roi Baudouin, sur la prévention de la maltraitance à l'égard des personnes âgées. Dans ce contexte, un centre d'écoute spécialisé, Alma Wallonie-Bruxelles, est créé. Il se situe au sein de l'asbl PSD.
2003	Les centres AIDE & SOINS A DOMICILE (à l'exception de Bruxelles) ouvrent une activité Titres-Services.
2005	Changement et modernisation de l'image. AIDE & SOINS A DOMICILE précise ses objectifs et son fonctionnement à travers un logo modifié. Un site internet est créé : www.fasd.be
2006	Pour optimiser une intégration déjà fonctionnelle, les asbl composantes de AIDE & SOINS A DOMICILE réfléchissent à une évolution vers une seule entité juridique.
2007 – 2008	Dans un contexte parfois difficile et polémique, un nouveau métier de l'aide et des soins voit le jour : l'aide soignante. La FASD salue cette arrivée ! L'INAMI reconnaît les expériences pilotes à domicile pour une période de 4 ans.
2007 – 2009	L'arrêté royal du 30 avril 2009, portant application du décret du 06 décembre 2007, et relatif à l'organisation des services d'aide aux familles et aux aînés est approuvé. Un pas symbolique mais important pour la fonction de garde à domicile est réalisé : le texte reconnaît le statut de la garde à domicile.
2009	Les centres de coordination ont vu leur rôle, leurs missions, leurs objectifs, leur méthodologie refondus dans de nouveaux textes légaux approuvés par le Gouvernement wallon (le décret du 30 avril 2009 et l'arrêté du Gouvernement wallon du 17/12/2009 portant application du décret

	précité). Exit le décret de la Communauté française de 1989, mieux connu sous le nom de « décret Picqué ». En Région bruxelloise, le décret de la COCOF du 05 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé voit son arrêté d'application le 04 juin 2009. Les sections IX et XI sont consacrées respectivement aux centres de coordination soins et services à domicile et aux services d'aide à domicile. En Communauté germanophone, le décret du 16 février 2009 concernant les services d'aide à domicile pousse à la création d'un bureau de consultation pour l'aide à domicile, semi-résidentielle et résidentielle. Toute l'organisation du secteur est dès lors revue dans cette région.
2009	Le 14 décembre 2009, un protocole d'accord concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile est signé par l'autorité fédérale et les autorités régionales ou communautaires compétentes. On l'appelle plus communément le « protocole aide et soins ».
2010	L'INAMI finance des projets permettant de fournir des prestations aux personnes âgées rendues fragiles à cause d'affections chroniques nécessitant une approche multidisciplinaire et pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé n'est prévue. 6 ASD ont lancé des projets mettant en avant des nouveaux métiers/services : infirmier de nuit, infirmier de soutien, ergothérapeute, psychologue,... (= projets Protocole 3)
2010	En 2010, le processus de fusion des asbl démarre réellement. Actuellement (2013), 5 ASD sur 11 sont fusionnées, les 6 autres poursuivent le chemin vers la fusion.
2012	Finalisation, adoption par les ASD et diffusion de la Charte Qualité
2013	La FASD développe l'activité de garde d'enfants malades avec le soutien de la Mutualité Chrétienne et une collaboration renforcée avec les services de la Fédération des Services Maternels et Infantiles (FSMI).
2013	ASD, PSD, Qualias et Solival réfléchissent à une charte graphique commune.
2014	La Charte graphique commune avec PSD-Vitatel, Qualias et Solival voit le jour.
2015	Création d'un site internet commun aux ASD et à la FASD : www.aideetsoinsadomicile.be

ANNEXE 2 : CARTE GÉOGRAPHIQUE DU TERRITOIRE COUVERT PAR CHAQUE ASD

Carte extraite de <https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr>



Thème 1 : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

Au stade de la **pré-adoption du DIE** :

- 1) Quelles informations ont été transmises aux infirmiers en ASD ?

Au début de l'adoption :

- 2) Qu'est-ce qui a été mis en place pour implémenter le DIE ?

En cours d'adoption :

- 3) Comment se sont passées les premières semaines d'implémentation ? (feedback ? Quels mécanismes de communication intra-ASD + ASD-FASD ?)

Thème 2 : Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation

Quelle était la capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation ?

- 4) Selon les technologies utilisées, quelles étaient les connaissances et compétences initiales ? Étaient-elles suffisantes ?
- 5) Que pourrais-tu dire en termes de « culture d'apprentissage » ?
(leadership proactif dans le partage des connaissances ?)

Un contexte réceptif au changement = caractéristiques organisationnelles :

- 6) Que pourrais-tu me dire par rapport au contexte des ASD lors de l'implémentation du DIE ?

Thème 3 : L'ouverture à l'innovation du système

La tension pour le changement :

- 7) Quelle était la perception du besoin de transformation digitale par chaque niveau (hiérarchie / base opérationnelle) ?

L'adéquation du changement par rapport au système :

- 8) Est-ce que le DIE répondait aux besoins ? (par rapport aux valeurs, normes stratégies, objectifs, skill mix, NTIC et manières de travailler) Pourquoi ?

L'évaluation des implications

- 9) Une évaluation de l'impact de l'implémentation du DIE a-t-elle été mise en place et sous quelle forme ?

Thème 4 : Le contexte externe

- 10) À ce moment-là, quel était l'état d'avancement de la transformation digitale dans le secteur des soins infirmiers à domicile ?
- 11) Quel incitant existe-t-il dans le contexte des soins infirmiers à domicile ? (cfr « injonctions politiques ») ?

Thème 5 : Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

- 12) Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque « partie prenante » de la FASD : directeurs, responsable/service informatique, chargée de mission en soins infirmiers...) pour mener à bien/à mal ce projet ?
- 13) Autre chose à ajouter ?

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN « POINT DE VUE DU PROCESSUS (ACTIONS) »

Thème 1 : L'innovation

L'avantage relatif et le caractère observable de l'innovation :

- 1) Quelle était la plus-value apportée par le DIE ? était-elle perceptible ?

La compatibilité : avec les valeurs, les normes et les besoins des infirmiers en ASD, tant du point de vue de l'organisation (ASD) que de la profession (infirmiers)

- 2) Le DIE répondait-il aux besoins des infirmiers ? Pourquoi ?

Liée à la performance :

- 3) Le DIE a-t-il amélioré la performance des infirmiers ? Était-il facile à utiliser ?

Risque :

- 4) De quel côté penchait la balance bénéfice-risque ? Pourquoi ?

Les connaissances nécessaires pour l'utiliser : *si l'innovation nécessite des connaissances utilisées ailleurs, celles-ci seront plus facilement transférées à ce nouveau contexte.*

- 5) Pour le DIE, quelles étaient les connaissances nécessaires ? Étaient-elles présentes, acquises préalablement ?

Thème 2 : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

Au stade de la pré-adoption du DIE :

- 6) Quelles informations ont été transmises aux infirmiers en ASD ?

Au début de l'adoption :

- 7) Qu'est-ce qui a été mis en place pour implémenter le DIE ?

En cours d'adoption :

- 8) Comment se sont passées les premières semaines d'implémentation ? (feedback ? Quels mécanismes de communication intra-ASD + ASD-FASD ?)

Thème 3 : La diffusion et la dissémination

L'influence dans le processus de dissémination du DIE.

- 9) Y a-t-il eu des personnes, infirmier ou autre, qui ont été un « moteur » dans l'implémentation du DIE ? Si oui, qui étaient-elles ?

Thème 4 : l'implémentation

Soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication

- 10) Comment s'est manifesté le soutien de la hiérarchie (à son plus haut sommet) et son implication ?

La question des ressources humaines :

- 11) La méthode de formation (train the trainers) était-elle pertinente ? Répondait-elle aux attentes, aux besoins des infirmiers référents DIE ?
- 12) Quelles étaient la motivation, l'implication, la capacité et la compétence des trainers ?
- 13) Quel feed-back avez-vous reçu à propos de l'impact du DIE ?

Thème 5 : Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

- 14) Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque « partie prenante » de la FASD : directeurs, responsable/service informatique, chargée de mission en soins infirmiers...) pour mener à bien/à mal ce projet ?
- 15) Autre chose à ajouter ?

ANNEXE 5 : ENTRETIENS

Entretien « Processus » : Infirmière-cheffe – Retranscription intégrale

Thème 1 : L'innovation

L'avantage relatif et le caractère observable de l'innovation

1) Quelle était la plus-value apportée par le DIE ? était-elle perceptible ?

Moi, par rapport à ça, j'ai peu de recul... Je suis entrée en fonction en même temps que l'arrivée du DIE. Je suis arrivée le 10 septembre et le 11 et 12, on avait formation. Je ne sais pas comparer avec l'ancienne version...

Moi : le DIE est, en fait la version 2.0 du FASDPlanner qui ne comportait que la planification de tournées qui était la version 1.7.4. Donc, avant le DIE, le dossier était en format papier.

Bien, c'était déjà pas mal d'avoir le plan de soins avec une vue d'ensemble des soins à faire. Tout ce qui était déjà, par rapport aux soins qu'on fait généralement, hein, tu avais déjà la vue d'ensemble au niveau des mesures, tout ce qui était glycémies etcetera, pour nous, c'était vraiment une plus-value parce que on avait un schéma des jours précédents et donc, une vue globale à ce niveau-là. Idem pour les tensions ! Euh... on savait, d'un point de vue plus organisationnel, voir dans l'onglet « Registre » où étaient tes patients donc, ben c'était un gain de temps, plutôt que de téléphoner à gauche à droite. Pour les infirmières, c'était un gain de temps de savoir qui avait le patient le jour après pour transmettre les infos. Euh... je regarde par rapport aux onglets qu'on utilisait le plus ! Euh... les soins de plaies, oui, euh... on l'utilisait moins celui-là parce qu'il était quand même plus fastidieux à compléter donc là, on utilisait encore le format papier. Donc, si je dois vraiment mettre les plus-values, c'était, ah oui, au niveau de tout ce qui était au niveau de l'élimination aussi, c'était super bien. Euh... En fait, c'est ça la plus-value, c'est avoir une vue d'ensemble des soins qu'on fait au niveau de prises de mesures. Je pense que c'était ça ! L'échelle de la douleur aussi, j'aimais bien pour nos petits patients palliatifs, on l'utilisait aussi pas mal ! Euh... voilà... oui, c'était ça, la vue globale au niveau des mesures.

Relance : penses-tu que c'était perceptible par tous cette plus-value ?

Oui ! Oui parce qu'elle était complétée tout le temps en fait ! Parce que si ce n'était pas considéré comme une plus-value, ils ne l'auraient pas complété ! Ils auraient continué le format papier, tu vois ! Ici, moi j'allais quand même régulièrement voir si les dossiers infirmiers étaient complétés, de mon ordi, et euh, de temps en temps, je faisais des rappels à l'ordre ! Mais c'était vraiment les onglets qui étaient le plus complétés donc, c'est que pour eux, c'était bénéfique, hein !

Sous-question : vous avez quand même continué avec des dossiers papiers au domicile du patient ou vous l'avez éliminé au maximum ?

Non ! On a éliminé. Non non, je ne voulais plus ! C'était... enfin... Je suis assez carré, hein ! Donc, à partir du moment où on a mis le DIE en place, on a arrêté les papiers. Je sais que certaine les ont continués... Ben, en fait, il fallait quand même un double emploi au niveau, justement des glycémies etcetera, parce que les gens qui allaient chez leur diabéto avaient besoin des unités de mesures. Donc, ça, ça faisait un peu double emploi mais bon...c'était obligatoire ! Pareil pour les tensions.

La compatibilité :

2) Le DIE répondait-il aux besoins des infirmiers ? Pourquoi ?

Ben ça dépend... euh... à ce niveau-là oui ! Comme je viens de le dire, je ne vais me répéter ! Pour d'autres choses, moins. Euh... et ça, tu le sais, c'est... le gros point faible, c'était les soins de plaies ! C'était vraiment fastidieux pour remplir parce qu'il y avait très peu de texte libre et donc, dans les déroulants, ben... je pense que les infirmières s'y perdaient un peu donc c'était un onglet qui n'était quasi pas rempli. Et là, alors, il y avait une feuille de traitement qui était chez le patient avec euh... On avait créé une feuille avec le cachet du médecin, tu vois, pour qu'il nous dise ce qu'il avait prescrit.

Liée à la performance :

3) Le DIE a-t-il amélioré la performance des infirmiers ? Était-il facile à utiliser ?

Elles ont toutes fait preuve de bonne volonté en tout cas, dans mon équipe. En fait, elles ne laissaient pas aller... s'il y avait un truc qui coinçait, elles revenaient vers moi. Là où on a eu beaucoup de soucis, et je pense que ça en a découragé certaines, c'est que les encodages ne se voyaient pas d'une tablette à l'autre, tu vois ?! Donc, ça les a peut-être découragés d'encoder parce qu'elles se disaient « je dois quand même transmettre l'info par téléphone à ma collègue, elle ne le verra pas sur sa tablette ». Donc, ça, c'est quand même revenu régulièrement vers moi. Euh... Mais voilà ! Elles se sont toutes engagées à s'investir à 100%, elles l'ont fait aussi euh... et elles ont trouvé leur compte parce que, finalement, elles n'ont jamais demandé à utiliser quelque chose d'autre ou à revenir au papier donc, c'est qu'elles y trouvaient leur compte !

Moi : je t'avoue que c'est assez agréable à entendre (rires)

Ben nous, on aimait bien ! Oui, il y avait des choses à améliorer mais c'est parce qu'on ne t'a pas laissé l'occasion de euh...de le faire ! Mais nous, ça roulait, hein !

Moi : en fait, pour l'améliorer, il aurait fallu le recoder et c'était un coût démesuré en fait !

Risque :

4) De quel côté penchait la balance bénéfice-risque ? Pourquoi ?

Toi, tu me dis que ça a amélioré la performance alors que les autres retours c'est que ça grevait la performance des infirmiers parce que trop chronophage et donc, beaucoup d'infirmiers y voyaient plus un risque qu'un bénéfice !

Écoute, on ne m'a jamais parlé ni de risque et encore moins de danger ! La seule chose, c'est que voilà, le partage d'infos, au niveau des transmissions d'infos, le DIE n'était prévu pour !

Si je compare à notre nouveau logiciel où elles ont l'occasion de se faire passer des messages à propos d'un patient, et je crois que c'est quand même bien utilisé, euh... Mais ici c'était chronophage parce que, oui, tu devais compléter ton dossier et ce n'était pas toujours simple ! Il fallait quand même beaucoup d'étapes. (Petite pause)

Je suis en train de me dire que c'était chronophage aussi parce qu'on n'avait pas les bons supports, nous, hein ! On était encore aux anciennes tablettes Samsung® ! On n'avait pas les Panasonic® (= *tablettes professionnelles*) donc au niveau des passages des cartes d'identités etcetera, c'était très... voilà, ça prenait beaucoup de temps parce que c'était un peu foireux à ce niveau-là ! Que si on avait eu, peut-être le DIE sur les tablettes Panasonic® pro comme on a maintenant, ça aurait peut-être été différent, tu vois ?! Euh, on a perdu beaucoup de temps au niveau du passage de cartes euh, qu'on a laissé tomber, heureusement, avec le Covid. Mais ici, on les a repris. Mais sinon, au niveau du remplissage du DIE, une fois que c'était fait, je vais dire euh... enfin... ça roulait ! Donc, moi, c'était plus bénéfique ! Le seul risque que j'ai envie de dire c'était la transmission des infos. La transmission des infos, et peut-être au niveau des textes déroulants, pas suffisamment complets ; parfois quand il y avait des nouveaux produits, etcetera. Et donc, du coup, il fallait de toute façon un support papier ou un relais par téléphone ou euh... Voilà, fallait que ce soit noté quelque part.

Ou peut-être, au niveau de tes soins de plaies, que le traitement qui soit encodé ne soit plus le bon. C'était peut-être le risque le plus grand j'ai envie de dire. Sinon, risqué, non !

Et bénéfique, oui, parce qu'elles ne sont jamais revenues vers moi, je te l'ai dit, en disant « non, c'était mieux avant », jamais jamais jamais jamais ! Elles se sont faites à l'idée et puis voilà quoi !

Les connaissances nécessaires pour l'utiliser :

5) *Pour le DIE, quelles étaient les connaissances nécessaires ? Étaient-elles présentes, acquises préalablement ?*

Au niveau des tablettes, elles connaissaient leurs tablettes, ça, y a pas de soucis ! Euh... les formations ont été données... On a consacré assez de temps aux formations. C'est moi qui les avais données parce que mon binôme, le trainer à l'époque, c'était justement cassé le pied donc j'avais fait les formations toute seule ! Donc, en termes de temps... euh... et de euh... ça, elles ont eu largement assez ! Je les ai mis, aussi après, en binôme, euh, pour compléter les dossiers chez les patients. Tu vois, il y en a une qui s'occupait de compléter le dossier pendant que l'autre faisait les soins donc, j'avais fait ça pour tout le monde.

Donc, les connaissances avant, ben non, euh, elles connaissaient tout et une fois que les formations ont été données, euh, on a remédié, on fait plusieurs remédiations donc, euh, c'était bon !

Thème 2 : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

*Au stade de la **pré-adoption** du DIE :*

6) *Quelles informations ont été transmises aux infirmiers en ASD ?*

Effectivement... Hum... Je ne sais pas grand-chose puisque je suis arrivée au moment de l'implémentation. Euh... piouf...

À part qu'elles... Je pense qu'elles ne savaient pas grand-chose, en fait, parce que... euh... Quand moi j'ai donné les formations, euh... écoute, pour moi c'est difficile de répondre à cette question-là. Je ne me suis pas intéressée au fait de ce qu'elles savaient, ni depuis quand elles le savaient que ça allait changer. Je ne sais pas du tout ! Je ne sais pas vraiment répondre à cette question-là vu que je suis arrivée un jour avant. Mais pour moi, elles ne savaient pas grand-chose ! Mais L. (un IC) faisait quand même partie du staff qui a... de ceux qui ont aidé à la construction du DIE. Est-ce qu'il leur avait transmis des infos par rapport à ça ? ça n'a pas été perceptible, en tout cas, par moi !

Au début de l'adoption :

7) *Qu'est-ce qui a été mis en place pour implémenter le DIE ?*

Ben, je l'ai déjà dit. Il y a eu des formations et des remédiations. Et des tournées en binôme, en titulariat et co-titulariat pour remplir les dossiers.

En cours d'adoption :

8) *Comment se sont passées les premières semaines d'implémentation ? (feedback ? Quels mécanismes de communication intra-ASD + ASD-FASD ?)*

Ça (communication FASD-ASD), ça a quand même été assez compliqué. Il y avait un tableau qui avait été créé dans Excel® si je me souviens bien où on devait relayer toutes les questions qui posaient... enfin, tous les soucis rencontrés. Euh... Et, je me souviens, mais je ne sais pas vers qui je me tournais, vers qui je me dirigeais... Est-ce que c'était l'informatique FASD qui me disait « ben regarde dans ce tableau-là, ça a déjà été répondu ». Enfin, c'est vrai qu'au lieu de répondre tout de suite à ma question, alors qu'ils connaissaient la réponse, ben, je devais aller manœuvrer pour aller essayer de rechercher dans tout le panel de questions. Euh, voilà. Moi aussi, j'arrivais, je ne connaissais pas vraiment tous les... Euh, tu sais, tous les relais. Donc, voilà ! Je savais qu'on devait relayer à Sandrine, qu'on devait écrire dans le tableau... Euh, qu'on n'avait pas toujours les réponses mais je crois que vous n'aviez pas non plus les réponses ! Tu sais, tout ce qui était soucis de connexion, et que « FASDPlanner s'est arrêté », tu vois, tout ça, euh, vous ne saviez pas plus y répondre que nous, quoi ! Donc, euh... le relais aurait peut-être pu plus... plus présent, j'ai envie de dire ! Euh... mais voilà, on a fait avec ce qu'on avait, quoi ! Donc, on se servait du tableau.

Sous-question : qu'est que tu entends par « le relais aurait pu être plus présent » ?

Ben... je me souviens être... m'être confrontée plusieurs fois à des situations où on n'a pas su me donner la réponse soit par manque de temps, soit parce qu'ils étaient déjà en train de plancher sur autre chose ! Et donc, voilà ! Nous, on était sur le terrain et on n'avait pas vraiment de réponse à donner à l'équipe ! Donc, c'est vrai que, quand l'équipe revient toujours avec un souci et quand je dis « ben oui, je vais contacter » mais qu'on n'a pas de réponse à me donner, ben, c'est un peu frustrant de dire à l'équipe « je... je... j'ai posé la question mais on ne m'a pas encore répondu, quoi ! » !

Les problèmes de synchronisation... beaucoup... La synchronisation, c'était compliqué ! Elle s'arrêtait à 98% et puis ça ne savait pas continuer, puis fallait éteindre sa tablette. Tout ça, en début de tournée, c'était chronophage ! ça, c'est clair ! Mais bon, encore une fois, il n'y avait pas vraiment de réponse à apporter mais c'est des questions que les infirmières me posaient régulièrement. On me sonnait à 7H du matin en disant « donne-moi ma tournée parce que je ne l'ai pas ». Souvent, ils la connaissaient, au moins les premiers patients, par cœur. Mais donc, voilà ! Pour nous, c'était aussi beaucoup de stress parce qu'à 7H du matin, on devait allumer l'ordi avec les « djônnes » (enfants) qui couraient dans tous les sens(rires), pour... pour donner l'ordre des tournées parce que la synchronisation ne se faisait pas, quoi !

Thème 3 : La diffusion et la dissémination

L'influence dans le processus de dissémination du DIE.

- 9) *Y a-t-il eu des personnes, infirmier ou autre, qui ont été un « moteur » dans l'implémentation du DIE ? Si oui, qui étaient-elles ?*

J'ai envie de dire moi ! (rires)

Moi : ce n'est pas pour rien que j'ai été te chercher !

(Rires)

J'ai envie de dire moi ! Moi, j'ai toujours soutenu le projet. Maintenant, voilà ! Je ne connaissais pas les anciens systèmes ! Je sais qu'on vient de loin avec les fax et compagnie ! Euh... J'ai travaillé à l'hôpital avant où le dossier infirmier était aussi très compliqué ! Donc, ici, moi, ça me paraissait quand même assez simple pour avoir une bonne prise en charge des patients. Donc, oui, moi j'ai été... Moi, je les ai motivés à 200%, mon équipe ! Et, tu m'as vue en réunion DSI, euh... je ne me suis pas laissée démontée devant tous les directeurs (rires) !

Je leur avais dit « je ne comprends comment est-ce qu'on peut encore imaginer travailler avec du papier en 2018 ! ». Parce que voilà, faut avancer avec son temps ! Faut dire que Sandrine (DSI) s'est aussi battue pour euh... euh... Ben, en fait, on était tous d'accord pour le garder, hein !

Donc, c'est vrai que, moi, j'engageais souvent la conversation là-dessus ! Mais on était tous d'accord et Sandrine soutenait le projet aussi donc euh... Maintenant, il y a aussi... C'était pas vraiment que le programme en lui-même, c'était tout l'investissement qu'il y avait derrière ! Tu vois ? Et il y avait le tien, mais bon, les infirmières sont moins concernées par ton investissement. Moi, je te connais, donc, je sais bien ! Mais les infirmières, elles ont consacré du temps et de l'énergie pour que les dossiers soient nickel, etcetera ! Repartir d'une page blanche parce qu'il y avait 2-3 récalcitrants qui n'ont même pas essayé, moi, ça me foutait les boules, hein !

Thème 4 : l'implémentation

Soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication

- 10) *Comment s'est manifesté le soutien de la hiérarchie (à son plus haut sommet) et son implication ?*

Ben, il y a déjà S. (DSI) qui a été un vrai leader là-dedans, dans l'implémentation.

Ben, Marc (DG), euh... ben, suivait l'avis de S. ! Lui, de toute façon, il ne l'utilisait pas donc euh... Et on était tous, les 4 chefs, pour dire... maintenant, je parle de mon sous-centre, l'autre,

c'est encore différent, hein ! Parce que, je crois que c'est encore une autre vision. Mais, on a bien dit à notre DG que, quand il a été question de continuer avec le DIE ou euh, voir pour carrément autre chose, on avait bien dit à M. de nous soutenir dans la démarche. Et je crois que c'est ce qu'il a fait, sais-tu ?! Je ne sais pas exactement mais je crois que c'est ce qu'il a fait en collègue des directeurs, au risque de se mettre à dos certains autres directeurs. Même s'il fallait le recoder, il avait dit, à ce moment-là, que c'était justement l'occasion de l'améliorer ! Mais je sais que les autres n'ont pas voulu le suivre...

Mais, si t'es pas investi dès le départ, Anne-Sophie, si tu ne crois pas au projet, ben, tu ne saurais pas euh... hein ! ça ne saurait pas aller ! Et dans le choix de tes trainers (référents DIE), c'est super important aussi, hein ! Il faut qu'ils soient disponibles et un peu « carré », qui suivent le mouvement, hein ! Pour envoyer une image du projet, tu dois bien les choisir, hein ! C'est un engagement qu'ils prennent, ils doivent le faire à fond !

Affirmation de ma part et explications/ échange sur la résistance au changement

Je me souviens qu'à la formation que tu as donnée, il y avait tout un laps de temps à la résistance au changement, hein ! Je me souviens bien ! Et c'est tout à fait le cas mais tout dépend de comment tu fais passer le message et ce que tu mets en place pour les... pour rendre ça confortable pour eux ! Si tu fais... si tu implémentes, enfin, si tu fais des formations en grands groupes avec un trainer ou deux, c'est impossible ! Les gens ne seront pas investis ! Tu dois faire ça en petits groupes, même si ça te prend du temps, c'est vrai que ça demande beaucoup de moyens mais tu dois faire ça en petits groupes pour que tout le monde soit concerné, investi et chipote avec la tablette. Elles n'ont pas le choix que d'être concentrées ! Que si tu fais ça en groupes de 15, tu ne saurais pas avoir l'attention de tout le monde ! Pour être moins emmerdé après, tu dois tout donner avant ! (rires)

La question des ressources humaines :

11) Que peux-tu me dire sur la méthode de formation (train the trainers) ? Est-ce une méthode adaptée aux ASD ? Répondait-elle aux attentes, aux besoins des infirmiers référents DIE ?

Elles ont besoin de savoir qui a des pairs, sur qui elles peuvent compter, tu vois ?! Pas toujours quelqu'un dans la hiérarchie mais des... voilà, des infirmiers de terrain comme eux, comme elles euh... pour se sentir en confiance et pas se dire « ben je vais encore emmerder... je ne vais pas sonner à M. parce qu'elle est peut-être en réunion, etcetera, mais j'ai besoin de ma

réponse tout de suite ». Elles savent que, d'office, il y a quelqu'un sur le terrain qui pourra répondre à leur question. Ça, ça les met en confiance, hein ! Tout de suite !

Sous-question : et en termes d'outils, est-ce que c'était suffisant ? Ou trop compliqué ? Ou trop complexe ?

Ben, le Manuel d'utilisateur, il n'y a que moi qui l'ai eu en format papier. Donc, euh, je pense qu'il y en a très peu qui ont été le chercher sur leur tablette. Euh... évidemment, passer un coup de téléphone va beaucoup plus vite ! Donc, ici, euh, on apprend de ses erreurs donc, pour le nouveau logiciel, j'ai demandé qu'on imprime pour chacun le manuel. Et pendant les formations, elles savaient annoter. Un petit support papier leur suffit... qu'on n'a pas eu avec le DIE !

Moi : à l'époque, les DSI n'ont pas voulu imprimer le Manuel d'utilisateur à cause du coût et, ça a été dommageable...

12) Quelles étaient la motivation, l'implication, la capacité et la compétence des infirmiers référents ?

Ben, écoute... Vu que mon binôme a eu que le 1^{er} jour de formation et pas les 2 autres (suite à un accident), j'étais la seule infirmière référente pour le DIE !

Donc, au niveau capacités et compétence, ben... Moi, je venais d'arriver donc euh... je euh... Pfff... Ils m'ont choisie comme infirmière-chef sur 18 candidats donc, c'était quand même que j'avais les capacités pour euh... pour m'investir dans des projets, etcetera, et j'ai géré donc je pense que ils savaient que je l'avais ! Et, d'un point de vue personnel, je sais que – sans me jeter des fleurs, hein ! c'est pas ça mais... – je sais ce que j'aime bien et je sais ce que j'aime pas donc les projets comme ça, moi, ça m'enthousiasme toujours donc, j'avais les capacités et les compétences ! Maintenant, ne connaissant pas mon équipe – tu vois ? – je ne savais pas comment – j'ai dû apprendre sur le tas – comment leur faire passer l'information ! Est-ce que c'était des gens qui, peut-être, pendant les formations, allaient être dissipés, qui fallait recadrer, etcetera ? Moi, j'étais là depuis 1 jour, tu vois ? ! Donc euh... Donc euh... Voilà ! Mais d'un point de vue personnel, je sais que j'avais les compétences et pour former les autres et pour comprendre aussi parce que j'étais quand même dans le métier ; à l'hôpital, je l'utilisais aussi ! Euh... Au niveau de mon implication... Ben je pense que j'étais à 100% tout le temps ! Maintenant, ici, je parle de moi ! Tu veux que je parle en terme général à l'ASD de X ?

Moi : oui, tu peux !

Capacité et compétences, les 4 chefs, on l'avait tous !

Au niveau de la motivation et de l'implication, ben... voilà ! Chez certaines, plus que d'autres, la résistance au changement était un peu plus marquée ! Notamment chez la plus âgée qui, en plus, quelques mois plus tard, abandonnait ses fonctions d'infirmière-chef donc, euh... voilà ! Et puis, elle est très très très résistante au changement donc euh... Mais une fois qu'elle était dedans, franchement, il n'y a pas eu de soucis ! Je parle de ça plutôt, peut-être, avant, vraiment avant qu'il ne soit implémenté ! Euh... On s'est beaucoup concerté tous les 4, pour savoir, ben « comment tu fais ça ? etcetera », pour savoir... On s'est un peu euh... On s'est beaucoup entraînés ! Donc, euh, pour ne pas passer à côté de certaines choses. Donc, voilà ! Résistance au changement un peu plus... euh... plus marquée chez un que chez d'autres infirmiers-chefs ! Mais capable et compétent pour tout le monde !

13) Quel feed-back avez-vous reçu à propos de l'impact du DIE ?

Non... ça ne me parle pas !

Relance : en termes de remplissage des onglets, de professionnalisation du métier ?

Euh... Ben... Moi, par rapport à mon équipe, plusieurs fois sur l'année, j'allais revoir dans tous les dossiers – de mes « gros » patients, hein, surtout – pour savoir si c'était... si les dossiers étaient complétés et je refaisais des rappels à l'ordre en disant « Écoutez, c'est de votre responsabilité. En cas de contrôle, c'est vraiment ce qui vous servira de base et de preuve ! Donc, il faut que vos dossiers soient complétés » ! Et donc, voilà ! Mais je devais revenir à la charge, hein ! Mais c'est de ma propre initiative ! Il n'y a jamais eu personne, ni ma DSI ni la FASD, qui est venu me faire un feed-back par rapport à ça ! Et je pense que j'étais la seule à aller vérifier dans les dossiers !

Moi : donc, toi, en fait, tu leur faisais un feed-back ! Ce qui est la base dans tout apprentissage pour pouvoir évoluer !

Thème 5 : Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

14) Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque « partie prenante » de la FASD : directeurs, responsable/service informatique, chargée de mission en soins infirmiers...) pour mener à bien/à mal ce projet ?

Euh....

Relance / précision : crédibilité, langage compréhensible de tous, empathie, compétences, soutenance, positive dans mon rôle ?

Ta première qualité, c'était ta patience ! (rires) Tu as été d'une patience !... Parce que, bon, tu sais, quand tu te retrouves avec, peut-être, 15 personnes devant toi qui ne connaissent absolument l'outil et à qui tu dois vraiment tout développer, tu dois toi-même le maîtriser parfaitement, et ça, tu le maîtrisais... mais sur le bout des doigts ! Et ça, je me souviens de m'être fait la réflexion « ah oui, elle, elle gère son truc ! » (rires) Et puis, la difficulté qu'il y avait aussi, par rapport à notre groupe, c'est qu'il y avait des germanophones et des francophones et tu t'es super bien adaptée ! Et, il y avait eu Edgard qui, d'abord, avait fait toute la présentation, tout l'historique du DIE, donc, il avait passé un petit là-dessus. C'était utile sans être utile... Bon, voilà ! Ça a mis un cadre ! Mais, euh, il a joué son rôle de directeur des soins infirmiers. Et puis, toi, t'a commencé avec la résistance au changement donc, je pense que c'était bien d'avoir commencé par ça ! Parce que ça permet de mettre le cadre en disant « Ben oui, on sait que, on va être confronté à ça, il faut s'armer contre ça aussi et il faut pouvoir développer les arguments pour que... qu'elle soit la moins présente possible ».

Moi : en fait, je vais être très « désagréable (😊), je n'ai pas commencé par ça mais j'ai terminé avec la résistance au changement

Ah oui ? Tu as terminé avec ça ?

Moi : Oui, c'était le 3^{ème} jour ! 😊 C'est marrant parce que l'infirmier que j'ai interviewé il y a quelques jours m'a tenu exactement le même discours ! Il pensait que j'avais commencé avec le thème de la résistance au changement ! Comme quoi, c'est la preuve que ça a marqué les esprits ! (Rires)

Ah bon ? Ben j'aurais vraiment dit que t'avais commencé par ça ! Ben, ou alors, c'est peut-être ça, vu que tu as terminé par ça, ça nous a marqué pour former nos équipes ! Nous, on a démarré en ayant encore cette base-là en tête... après 2 jours de formation où c'est quand même très... dense, où terminer par ça c'était peut-être la touche qui nous permettait de démarrer nos formations ! Mais encore une fois, moi je ne connaissais pas du tout mon équipe donc, je ne savais pas à quels « cocos » j'allais avoir affaire !

Mais non, voilà tu as su... En fait, tu étais structurée... Hein, tu avais vraiment ta structure donc, euh, que tu as suivie scrupuleusement ! Au niveau du timing, tu étais quand même serrée parce qu'avec tout ce que tu avais à expliquer en si peu de temps... ben, voilà ! Euh... avec des gens... euh, il fallait toujours capter leur attention aussi ! Donc, voilà... c'était... Et je me

souviens qu'on avait dû redescendre parce qu'il fallait remettre des patients (planifier) mais bon, c'est peut-être nous qui n'avions pas fait ce que nous devions ?

Moi : en effet, ça devait être fait préalablement

Ça, à ce moment-là, il aurait peut-être fallu remettre les consignes en disant que ce soit fait.

Euh... franchement, ça a été... Pour l'avoir bien compris alors que je débarquais, c'est que ça été bien expliqué, bien structuré et euh... Voilà ! Maintenant, tu étais structurée, on avait le manuel aussi pour s'y référer si besoin ! Euh... On avait les diapo ! T'avais imprimé des diapos aussi, hein ?

Moi : oui oui 😊

Donc, voilà ! On avait les supports qu'il fallait. T'étais là pour répondre à nos questions donc, euh, pour moi, c'était bien !

Moi : et plus largement, plus globalement, au niveau de la FASD : vous avez senti une implication particulière, ou à contrario, même un désengagement ?

Ben, l'informatique, après coup, était débordé ! Ça, ça s'est fort ressenti que... euh... voilà, il fallait préférer le mail à l'appel téléphonique quoi, tu vois ?! Mais je peux tout à fait comprendre ! Mais il ne s'attendais pas, je pense, à avoir autant de bugs que ce qu'il y a eu donc, euh... Oui, on sentait qu'ils étaient dépassés mais disponibles quand même ! Mais bon, ils nous référaient plutôt au tableau à aller remplir, quoi ! Et alors on aurait la réponse à notre question, ben, on ne savait pas trop quand !

Moi : explications des difficultés rencontrées avec la boîte informatique externe...

Maintenant, c'est source de frustrations sur le terrain ! Parce qu'on les oblige à travailler avec un outil et on ne sait pas répondre aux questions qu'elles posent donc euh... pénible !

15) Autre chose à ajouter ?

Non... moi ça m'a attristé pour toi ! Pour ton investissement... Je te l'avais dit, hein ! Tout ça pour ça ! Et, euh, vanter les mérites du nouveau logiciel et descendre le DIE, moi, je l'avais assez mal vécu ! Moi, je me dis que ce n'était pas très respectueux pour tout le travail que t'avais fait derrière ! Et le nouveau logiciel, c'est comme le DIE ! On doit s'y investir sans avoir le choix. Et il y a aussi des choses à revoir, des choses qui ne sont pas au point. Maintenant, il y a eu d'autres moyens que ceux pour le DIE ! Ça, ça se voit, ça se ressent dans l'application ! Il y a eu une équipe sans doute plus investie que celle de la boîte qui a développé le DIE ! Maintenant, on apprend de ses erreurs aussi ! Maintenant, faudrait trouver un juste milieu entre le nouveau logiciel, où ce n'est que du texte libre, et le DIE, où ce n'était que des menus déroulants.

Thème 1 : L'innovation

L'avantage relatif et le caractère observable de l'innovation :

1) Quelle était la plus-value apportée par le DIE ? était-elle perceptible ?

Pour moi, il y avait une plus-value du point de vue qualité des soins et au niveau de la réflexion professionnelle par certains onglets du DIE qui nous permettaient de reprendre un processus de réflexion infirmière beaucoup plus importante avec une analyse des besoins du patients au travers de diagnostics infirmiers, d'objectifs de soins et d'actions à entreprendre.

Par ma fonction, c'est plus présent chez moi que chez les infirmiers, mais j'y voyait une belle avancée en termes de conservation et de protection des données de santé par le fait de les consigner dans un logiciel.

Dans le contexte qui est celui des infirmiers à domicile, ils ne voyaient pas directement la plus-value parce qu'ils sont dans un système d'actions, réactions par rapport aux besoins du patient, bien plus que d'être dans l'aspect d'écriture, de tenue du dossier infirmier. Pourtant, pour la continuité des soins, c'est super important d'avoir un support écrit ! Et puis, ils vont à l'essentiel et comme l'outil était très complexe, ils ne voyaient pas la plus-value par la multitude d'onglets et de champs à consulter pour trouver la bonne information.

La compatibilité :

2) Le DIE répondait-il aux besoins des infirmiers ? Pourquoi ?

Pour moi, justement, ça répondait au besoin de prise de hauteur, d'aspect qualitatif des soins, une analyse des besoins du patient afin de ne plus être dans une forme d'automatisme au quotidien sans se poser de questions. Mais les infirmiers ne le percevaient pas. Mais au fil du temps, ils ont appris à utiliser le DIE et alors, ils n'étaient plus vraiment enclins à reprendre le dossier papier. D'autant plus que le papier est contraignant : il faut refaire le triptyque chaque mois, il faut le ramener au bureau, alors qu'un dossier sur la tablette et bien plus facile de ce point de vue-là ! Par contre, les plus jeunes y ont adhérer plus facilement parce que déjà habitués avec les outils informatiques. Mais il a fallu le temps d'assimiler l'ensemble des onglets et c'était assez lourd ! Il fallait pouvoir cibler l'onglet pour encoder la bonne information au bon endroit.

Liée à la performance :

3) Le DIE a-t-il amélioré la performance des infirmiers ? Était-il facile à utiliser ?

Je ne pense pas vraiment... Les infirmiers n'ont pas exploité toutes les ressources du DIE. Elles se sont contentées d'utiliser seulement quelques onglets. Par rapport aux diagnostics infirmiers, nous avons fait des exercices ensemble mais, une fois seules sur le terrain, elles n'encodent pas de diagnostics infirmiers. Pour les soins de plaies, elles ont appris à faire des photos et à consigner des évaluations mais ça n'allait pas beaucoup plus loin.

Donc, ça n'a pas vraiment amélioré leurs performances, ni au niveau de qualité, ni au niveau de la rapidité parce que ça prenait du temps d'encoder.

Il faut bien en parler aussi, dans « performance » il y a aussi « rentabilité » et celle-ci s'est détériorée avec le DIE, du moins au début de la mise en production.

Ceci dit, certaines infirmières plus âgées, qui étaient résistantes au changement et surtout à la digitalisation, ont eu une satisfaction personnelle en constatant qu'elles parvenaient à utiliser le DIE.

Risque :

4) De quel côté penchait la balance bénéfice-risque ? Pourquoi ?

Au début de l'utilisation du DIE, les infirmières craignaient de pas retrouver les informations importantes et donc, de louper certaines choses pour une bonne continuité des soins. Elles continuaient à faire le rapport de remise de tournée par téléphone, ce qui les aidait beaucoup. Et puis ces craintes se sont calmées au fur et à mesure de l'utilisation. Et puis, en interne, nous avons mis en place certaines modalités comme l'obligation de compléter certains onglets et nous avons établi des « normes » d'encodage (telle information à tel endroit). Ça les a un peu rassurés.

Et puis, il y a eu un événement marquant qui a mis en lumière un risque majeur. Nous avons « perdu » un patient. Avec les problèmes de synchronisation et des bugs, un patient n'est pas arrivé sur la liste de la tournée et donc, il n'a pas eu ses soins un jour. Ça a induit une perte de confiance et généré beaucoup d'angoisses que ce problème ne se reproduise.

Les connaissances nécessaires pour l'utiliser :

5) Pour le DIE, quelles étaient les connaissances nécessaires ? Étaient-elles présentes, acquises préalablement ?

Il y avait différents de connaissances... tout le monde n'était pas à l'aise de la même façon avec l'outil informatique, avec un support électronique. Mais il y a quand même quelques anciennes qui s'en sont très bien sortie par leur conscience professionnelle, par leur volonté de « bien faire

les choses ». Et ces infirmières-là sont même allées plus loin dans l'encodage des modalités instaurées au début.

Et puis il y a des différences dans la formation de base. Les plus anciennes n'ont pas été formées aux « diagnostics infirmiers » et « problèmes traités en collaboration » par exemple. Ce n'était pas des notions que tout le monde maîtrisait, ce qui a compliqué quelque peu l'utilisation à bon escient de cet outil.

Thème 2 : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

*Au stade de la **pré-adoption** du DIE :*

6) *Quelles informations ont été transmises aux infirmiers en ASD ?*

Ils ont reçu un mail d'information, dire qu'on passait à un dossier électronique et le point a été abordé dans chaque réunion d'équipe, que cette évolution s'inscrivait dans l'évolution normale des soins de santé et que c'était la volonté également de nos responsables politiques et que, à termes, ça allait améliorer la communication entre les différents professionnels de la santé.

Et cet argument les intéressait beaucoup même si, on n'a pas encore beaucoup avancé dans ce sens. Comme pour tout changement, il y avait une appréhension, surtout par rapport à la connaissance informatique mais pas par rapport à la complexité du DIE.

Au début de l'adoption :

7) *Qu'est-ce qui a été mis en place pour implémenter le DIE ?*

Il y a eu tout un processus de formation qui, selon moi, avait été bien réfléchi, ça n'a pas été lancé au hasard. Il y avait des plannings par ASD avec les formations des infirmiers référents DIE puis les périodes de formation du personnel de soin. Ça a été apprécié que les référents forment leurs collègues par petits groupes, en 2 demi-journées. Les infirmiers comprenaient la logique du DIE mais le fait qu'il y ait beaucoup d'onglets, ça les a freinées dans l'utilisation. Si je me souviens bien, l'enquête de satisfaction révélait que le processus de formation avait été apprécié.

En cours d'adoption :

8) *Comment se sont passées les premières semaines d'implémentation ? (feedback ? Quels mécanismes de communication intra-ASD + ASD-FASD ?)*

En termes d'outils, il y avait le manuel d'utilisateur mais, il n'y a rien à faire, c'est plus simple d'appeler un collègue ou le référent DIE que d'aller chercher dans un manuel. Les référents,

eux, consultaient le manuel pour apporter des réponses à leurs collègues. En général, ça se passait par téléphone entre collègues.

Malheureusement, quand il y avait un bug, on n'avait pas toujours une réponse rapidement... C'était assez stressant et décourageant.

Pour remonter les bugs à la FASD, dans un premier temps, on envoyait des mails avec le problème, parfois accompagné de capture d'écran pour être précis. Mais quand c'était urgent, on appelait le service informatique. Puis, vu le nombre de mails, la FASD a mis en place un document partagé pour relever les problèmes, ainsi, une fois le problème x relevé, on savait qu'il n'y avait plus lieu d'envoyer un mail.

Sinon, j'ai l'impression que les premières semaines ne se sont pas trop mal passée, une fois l'angoisse du changement passée. C'est plus quand les bugs importants se sont révélés que la situation s'est compliquée.

Les infirmières avaient des feed-back en réunion d'équipe qui, préalablement, avaient été préparé en réunion d'infirmiers chefs mais c'était plutôt pour clarifier les choses au niveau des problèmes et des bugs, c'était pour rassurer les infirmiers.

Thème 3 : La diffusion et la dissémination

L'influence dans le processus de dissémination du DIE.

- 9) *Y a-t-il eu des personnes, infirmier ou autre, qui ont été un « moteur » dans l'implémentation du DIE ? Si oui, qui étaient-elles ?*

Les référents DIE ont été de vrais moteurs ! Et quoi que tu en dises, lors des formations, tu as transmis ta motivation aux référents ! Certains référents ont vraiment pris leur rôle à cœur et avaient la volonté d'avancer avec le DIE. Je les ai accompagnés avant qu'ils donnent les formations à leurs collègues pour préparer ces formations, notamment en retravaillant un PowerPoint transmis par la FASD. Certains infirmiers chefs ont été des moteurs également. L'avantage des référents était que la transmission d'information se faisait de pair à pair et ça, pour moi, c'est un plus, il n'y a pas de sentiment d'imposition de la hiérarchie, ils faisaient passer les messages de manière positive.

Thème 4 : l'implémentation

Soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication

- 10) *Comment s'est manifesté le soutien de la hiérarchie (à son plus haut sommet) et son implication ?*

Au niveau du conseil d'administration, il n'y a rien eu.

Au niveau de la direction générale, le contexte était un peu particulier parce qu'il y avait peu de temps qu'elle était en fonction. Par rapport au processus d'implémentation, elle s'est peu impliquée. Mais par rapport aux bugs et autres problèmes, elle suivait ça de près.

L'implication, c'est aussi donner le temps et la disponibilité aux infirmiers, de ce point de vue-là, elle était soutenante.

Quant à moi, j'ai suivi l'ensemble de la formation des référents DIE, je passais au début de chaque formation des équipes ; j'ai vraiment essayé de montrer que j'étais présente et soutenante dans tout le processus d'implémentation. J'ai essayé de démontrer la plus-value apportée par le DIE, j'essayais de convaincre avec les bons arguments ! 😊 J'ai essayé de le toucher au plus profond de leur être en parlant de l'aspect qualitatif !

La question des ressources humaines :

11) Que peux-tu me dire sur la méthode de formation (train the trainers) ? Répondait-elle aux attentes, aux besoins des infirmiers référents DIE ?

Je pense que le fait d'avoir un planning assez précis était rassurant pour tout le monde. Je sais que les référents auraient souhaité quelques heures de formation supplémentaires pour mieux maîtriser le DIE. Si on avait continué avec le DIE, je pense qu'il aurait fallu refaire des formations pour aller plus loin, pour leur montrer tout le potentiel du DIE.

12) Quelles étaient la motivation, l'implication, la capacité et la compétence des infirmiers référents DIE ?

La motivation était vraiment présente. C'était un défi pour eux. Ils percevaient tous la plus-value de l'évolution digitale. Ils ont été tous convaincu de l'aspect « amélioration de la qualité des soins » assez rapidement. Ils avaient vraiment la volonté de convaincre leurs collègues.

Chez nous, le principe était un infirmier-chef + un infirmier de l'équipe comme référent. Et parfois, c'était l'IC qui était moins à l'aise avec l'outil informatique donc, sans doute moins convaincant pour l'équipe.

En même temps, quand on est motivé et impliqué, la compétence s'acquière plus vite. Les plus motivés se sont « entraînés » à l'utiliser et donc ont maîtrisé le DIE plus rapidement, même s'ils auraient souhaité un peu plus de formation.

13) Quel feed-back avez-vous reçu à propos de l'impact du DIE ?

L'impact positif était expliqué dès le début des formations, c'était qu'il n'y ait plus de dossier papier qui traînaient chez les patients, qui ne revenaient pas au bureau en temps et en heure. Et en digitalisant le dossier infirmier, il était plus complet que le dossier papier.

L'aspect négatif était qu'il n'était pas complété de manière optimale. Si on avait exploité toute la potentialité du DIE, il y aurait un réel impact positif sur la qualité et la continuité des soins. L'impact négatif est que c'était chronophage et donc, très difficile de parvenir à des dossiers bien encodés avec cette contrainte de temps. Il faut souligner que chaque dossier comportait un minimum d'encodage même si incomplet.

Thème 5 : Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

14) Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque « partie prenante » de la FASD : directeurs, responsable/service informatique, chargée de mission en soins infirmiers ...) pour mener à bien/à mal ce projet ?

Concernant le DG, je ne sais pas vraiment définir son rôle dans le DIE.

Le DSI FASD écoutait et relayait les problèmes avec toi vers les informaticiens. Lors des réunions DSI, le point DIE était systématiquement à l'ordre du jour. Mais à la fin, nous étions tous épuisés du manque de suivi de la boîte informatique qui avait développé le DIE. Cette boîte était complètement désinvestie, c'était assez hallucinant !

Sous-question : et mon rôle ? La bonne personne ?

Tu étais la bonne personne parce que tu maîtrisais parfaitement le DIE et tu comprenais les infirmiers puisque tu viens du terrain. Tu étais motivée ! Mais parfois trop perfectionniste par rapport aux encodages alors que ce n'était pas toujours réaliste en termes de temps. Et à la fin, on te sentait irritée, limite désespérée en te disant que ça n'irait jamais malgré tous les efforts qui avaient été consentis par tous ! (rires)

15) Autre chose à ajouter ?

À refaire, je pense qu'on ferait la même chose même si je pense qu'on a voulu aller trop loin avec cette application dans l'aspect qualitatif. Quand les directions ont pris la décision d'abandonner le DIE pour aller vers Allsoft, certaines étaient déçues. Elles trouvaient que ça collait davantage à notre façon de fonctionner (conforme à nos valeurs d'aspirations à la qualité

des soins améliorée). On dit qu'il n'était pas ergonomique mais c'est parce qu'il y avait beaucoup d'onglets mais, par contre, il était intuitif (chaque onglet avait un nom reconnaissable de tous). Il était plus conforme avec notre démarche clinique.

Entretien « Processus » : Infirmier (infirmier référent DIE)

Thème 1 : L'innovation

L'avantage relatif et le caractère observable de l'innovation :

1) Quelle était la plus-value apportée par le DIE ? était-elle perceptible ?

La première chose est qu'on passe à un support informatique, pour moi, c'est un gros avantage parce que l'ère du temps appelle à l'informatisation. Un des avantages, c'est qu'on n'oublie pas d'amener ou de rapporter le dossier. Consigner les données dans un dossier informatisé caractérise une certaine sécurité. Néanmoins, peu d'infirmiers percevaient cet avantage, surtout en fonction de l'âge. Les gens de plus de 45 ans préféraient nettement la version papier, ils étaient plus résistants au changement. Personne n'aime le changement mais celui-ci a été plus facile pour les plus jeunes qui sont déjà plus sensibilisés à l'informatique. Les plus jeunes ont plus l'habitude de manipuler un ordinateur ou une tablette.

La compatibilité :

2) Le DIE répondait-il aux besoins des infirmiers ? Pourquoi ?

Au niveau du contenu, oui ! Mais en termes d'ergonomie, d'intuitivité, on n'y était pas : dans certains onglets, il y avait trop de « chemins » pour accéder à une information précise.

9a impliquait une perte de temps, inévitablement. Comparativement au dossier papier où, en 15 secondes, on a complété le dossier.

Liée à la performance :

3) Le DIE a-t-il amélioré la performance des infirmiers ? Était-il facile à utiliser ?

Par ce manque d'ergonomie, ça a diminué notre performance parce que pas facile à utiliser... Néanmoins, si on nous avait octroyé 10 minutes par patient pour compléter le DIE, ça aurait été plus simple. Le temps, c'est le nerf de la guerre chez les infirmiers à cause du financement insuffisant... Même avec la version papier, souvent, on n'a pas beaucoup de temps pour les compléter alors, avec une version informatisée, ça complique les choses.

Risque :

4) De quel côté penchait la balance bénéfice-risque ? Pourquoi ?

Elle penchait du côté des risques... Le DIE comportait trop d'inconvénients par rapport aux avantages. Inconvénients : manque d'ergonomie, trop de « cases » (de champs), trop de champs structurés (pas assez de texte libre), une synchronisation catastrophique.

Peut-être que le DIE aurait été mieux adapté au milieu hospitalier... Je ne suis pas certain qu'il y avait besoin d'avoir autant d'informations dans un dossier informatisé pour les soins à domicile. La première fois que j'ai vu le programme, je me suis dit que ça ne fonctionnerait jamais. Mais je me suis forcé à entrer dedans, à l'utiliser au mieux.

Les connaissances nécessaires pour l'utiliser :

5) *Pour le DIE, quelles étaient les connaissances nécessaires ? Étaient-elles présentes, acquises préalablement ?*

Ici, on revient sur l'âge des infirmiers... Pour moi, c'était assez simple à utiliser parce que j'ai l'habitude de travailler sur des supports informatiques, je suis sensibilisé aux coches, aux déroulants, etc. Par exemple, pour les plus jeunes, cliquer sur le bouton « enregistrer » quand on a terminé d'encoder, ça coule de source. Ce n'est pas le cas pour les personnes plus âgées, il faut leur expliquer.

Les fonctionnalités de base de la tablette n'étaient pas vraiment acquises non plus comme l'utilisation des 3 boutons (flèche arrière, etc). Il aurait fallu commencer par là ! Par une formation de base à l'utilisation de la tablette !

Thème 2 : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

Au stade de la pré-adoption du DIE :

6) *Quelles informations ont été transmises aux infirmiers en ASD ?*

Pas grand-chose ! Juste le fait qu'on allait avoir un programme pour remplacer le dossier papier et que ça allait être beaucoup plus simple...

Plus simple ?

Que à long terme, ça allait faciliter le travail.

Je pense qu'on n'allait pas nous dire le contraire, hein !?

C'est compliqué de se rappeler si longtemps après ! Mais je ne pense pas qu'on ait eu beaucoup plus d'informations.

Au début de l'adoption :

- 7) *Qu'est-ce qui a été mis en place pour implémenter le DIE ? Peux-tu m'expliquer ce qui s'est passé pour toi à partir du moment où on a installé la version 2.0 sur ta tablette ? Quelle est ton expérience ?*

Ma hiérarchie m'avait préalablement demandé d'être infirmier « référent DIE ». Alors, nous avons été formés en 3 jours par toi pour, ensuite, former nos collègues.

Ce qui a été un plus dans la formation, c'est qu'il y avait un volet sur la résistance au changement pour bien accompagner nos collègues. En fait, nous étions avertis que nous allions rencontrer des résistances au changement et que ça allait nécessiter de la patience et de l'accompagnement.

Puis, j'ai formé toute mon équipe en 2 fois 2 après-midi.

C'était très compliqué parce que je trouve que je n'étais pas assez formé à la base, je n'ai pas su approfondir le programme, je n'ai pas su le connaître comme il fallait.

Et la grande difficulté pour moi, c'était de donner une formation... la pédagogie, ce n'est pas donné à tout le monde ! (rires)

Je pense que c'est plus facile d'expliquer à une personne, en cours particulier que à un groupe.

Je n'avais pas le temps de bien accompagner chacun de mes collègues.

Nous avions des groupes de 6-7 personnes pour 2 infirmiers référents DIE. N'empêche, c'est quand même mieux à 2 !

Par la suite, parfois, j'accompagnais un de mes collègue en tournée pour approfondir les explications sur le programme.

Au départ, la consigne était de se concentrer uniquement sur quelques onglets qui étaient plus ou moins conformes au dossier papier, nous devions retranscrire les contenus des dossiers papiers dans le DIE. Seuls quelques onglets étaient ciblés (soins de plaies, échelle de Katz, constantes physiologiques pour ne citer que ceux-là).

En cours d'adoption :

- 8) *Comment se sont passées les premières semaines d'implémentation ? (feedback ? Quels mécanismes de communication intra-ASD + ASD-FASD ?)*

En fait, ils ont tout fait pour améliorer le programme ! Il y avait un document partagé pour relever les problèmes. Nous, nous écrivions les problèmes puis on transmettait ça à notre IC et puis, elle le transmettait à la FASD. À toi ? Oui 😊

Je crois que peu de collègues ont joué le jeu par contre... On ne prenait pas toujours le temps d'écrire pour transmettre les problèmes...

Encore une fois, le temps manquait !

On aurait peut-être faire une réunion spéciale « feed-back DIE » mais on ne l'a pas fait ! On en parlait un petit peu pendant les réunions d'équipe 1x/mois mais ça n'allait pas beaucoup plus loin que des constats.

Sous-question : Aviez-vous du feed-back sur la qualité de l'utilisation ? sur votre implication ? Ou à contrario, on vous a peut-être dit à un moment « stop », arrêter d'encoder parce ça devient trop risqué ?

Je pense qu'à un moment, tout le monde a baissé les bras, même les chefs, à cause des difficultés, surtout avec les problèmes de synchronisation. Donc, on a repris le papier parce ça n'allait pas. Et tout le monde était d'accord.

Thème 3 : La diffusion et la dissémination

L'influence dans le processus de dissémination du DIE.

9) *Y a-t-il eu des personnes, infirmier ou autre, qui ont été un « moteur » dans l'implémentation du DIE ? Si oui, qui étaient-elles ?*

Les référents DIE (même si je n'y croyais pas trop) ont été de vrais moteurs, on a vraiment essayé de convaincre nos collègues du bien-fondé du DIE et de la plus-value.

Les chefs nous ont « coaché » dans ce rôle. Ils nous ont dit qu'on ne devait pas dire que c'était compliqué, ils étaient convaincus que ça allait aller, ils étaient plutôt positifs.

Tout reposait vraiment sur nos épaules ! Si je considère mon équipe, il n'y a pas énormément de jeunes... ça complique la tâche ! Il n'y avait pas beaucoup de collègues qui étaient à l'aise avec un outil informatique !

Thème 4 : l'implémentation

Soutien de la hiérarchie à son plus haut sommet et son implication

10) *Comment s'est manifesté le soutien de la hiérarchie (à son plus haut sommet) et son implication ?*

C'est une question difficile...

On a eu un mail de la DSI pour encourager l'adoption du DIE. La DSI introduisait la formation aux équipes mais plus axé sur le contexte. Au-delà de ça, il n'y a pas eu grand-chose.

La question des ressources humaines :

11) Que peux-tu me dire sur la méthode de formation (train the trainers) ? Répondait-elle aux attentes, aux besoins des infirmiers référents DIE ? Est-ce que c'était la bonne méthode selon toi ? Aurais-tu préféré autre chose ?

La formation des référents était pas mal ! Les gens qui formaient connaissaient très bien le programme ! Ce qui était plus compliqué, c'était que nous, référents DIE, devions former nos collègues, comme je te l'ai dit précédemment. La pédagogie, ce n'est pas donné à tout le monde et moi, j'ai eu beaucoup de mal à former mes collègues. C'est très compliqué. On avait un PowerPoint sur lequel s'appuyer et qui exposait la théorie (les différents boutons, fonctionnalités) mais, personnellement, j'aurais préféré me concentrer uniquement sur l'application. Je faisais les exercices avec mes collègues ; je préférerais faire comme ça. Sinon, je ne pense qu'une autre façon de former aurait été préférable. Ce qu'il aurait fallu c'est que nous, les référents DIE, nous entraînions à donner la formation.

12) Quelles étaient la motivation, l'implication, la capacité et la compétence des infirmiers référents ? ➔ reformulation / découpe

Motivation : j'étais très motivé au début, comme tous les référents DIE de mon ASD, mais une fois que nous avons constaté les bugs et l'aspect chronophage de l'encodage, la motivation s'est très vite amenuisée. Et l'implication va de pair avec la motivation... L'aspect chronophage / manque de temps sur le terrain nous a très vite démotivé tous.

Capacité et compétence : le fait d'être habitué à utiliser des outils informatiques et, idéalement, il aurait fallu des aptitudes pédagogiques... ce que je n'ai pas !

13) Quel feed-back avez-vous reçu à propos de l'impact du DIE ?

On avait très peu de retour en fait...

Feed-back sur les problèmes : notre IC nous rapportait que dans les autres équipes, dans les autres ASD, c'étaient toujours les mêmes problèmes qui étaient rencontrés et qu'ils travaillaient dessus pour l'améliorer (à la FASD).

Par contre, ce que j'ai vraiment apprécié, c'est que la FASD s'intéresse à notre avis au travers de l'enquête de satisfaction. Là, j'ai pu m'exprimer librement, j'ai pu dire tout ce que j'avais sur le cœur mais sans aucune méchanceté et de manière constructive !

Thème 5 : Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

14) Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque « partie prenante » de la FASD : directeurs, responsable/service informatique, chargée de mission en soins infirmiers ...) pour mener à bien/à mal ce projet ?

On ressentait que le projet te tenait à cœur et que tu faisais tout pour que tout le monde y croit. Je ne pense que c'était toi le problème ! Tu étais vraiment crédible dans ce rôle.

Le langage utilisé en formation, pour moi, était tout à fait abordable mais pour des personnes plus âgées, des termes comme « onglet, déroulant, fenêtre, etc » peuvent être incompréhensibles.

Par contre, j'ignore quel était le rôle de la direction !

Ce qui a découragé les gens, c'est le manque de liens dans l'application ? Ce qui a été un frein, c'est la méconnaissance de l'informatique par les infirmiers. Beaucoup de personnes ne s'imaginaient pas la difficulté de corriger des bugs, pas méconnaissance du monde de la programmation. Alors qu'une telle application implique des millions de lignes de codes ! C'est parce que j'ai suivi des cours de programmation il y a quelques années que je le comprends mais peu de personnes ont conscience de cela.

15) Autre chose à ajouter ?

Former sur un programme qui contient des bugs, c'est nettement plus compliqué que sur un programme stable...

Il est bon de relever que le DIE était « joli », « user friendly » par rapport au programme que nous implémentons à l'heure actuelle. Ça, c'était quand même agréable !

Entretien « Structure : responsable informatique FASD

Thème 1 : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

Au stade de la pré-adoption du DIE :

1) Quelles informations ont été transmises aux infirmiers en ASD ?

Au niveau du service informatique, on n'a pas communiqué avec les travailleurs de terrain.

Sous question : et par rapport aux DAF : est-ce que tu communiquais sur l'avancement du développement du projet, sur son avancement ?

Ça restait très succinct puisque l'objectif premier pour les DAF était d'être dans les clous pour passer l'homologation et avoir le subside à la clé.

Ce n'est l'objectif des DAF – mais bien de la responsabilité des DSI – d'avoir un outil performant pour les travailleurs de terrain. Les DAF voient plus le côté financier.

Au début de l'adoption :

2) Qu'est-ce qui a été mis en place pour implémenter le DIE ? Comment ça s'est passé ?

D'un point de vue technique, on utilise un produit qui s'appelle MobiControl® pour déployer l'application sur les tablettes des utilisateurs pour qu'ils aient le moins d'opérations à faire (en clair, ils n'ont « plus qu'à » cliquer sur l'icône qui reste la même quelle que soit la version). Mais il y a eu des problèmes liés au temps de synchronisation donc, il y a eu des procédures évolutives au fil du temps.

Du point de vue personnel (RH), nous avons Didier qui prenait en charge tout ce qui relevait du déploiement. Puis, il y avait Vincent qui assurait l'installation des différentes tables sur le db (NDLR : déroulants, listes à choix multiples, etc.). Puis il y a eu un minimum d'audit pour voir comment ça se remplissait au niveau des tables. Et un helpdesk au niveau du service informatique (Didier, Vincent, Hugues) pour tout ce qui était technique avec le défaut que la formation de l'ensemble de l'équipe informatique était insuffisante.

L'helpdesk « métier » (contenu du DE), c'était Anne-Sophie

Pour tout ce qui concernait les problèmes de conception du programme, ça remontait chez Contribute®. Il faut se rappeler qu'il y a eu quand même quelques versions « 2.0 » (= version du DIE).

Vu le manque de personnel à l'IT, nous n'avons pas eu la possibilité de mobiliser du personnel en suffisance pour ce projet.

Historiquement, les ASD n'avaient pas de vue stratégique du point de vue informatique.

Petite digression : historique du FASDPlanner

À l'origine, le FASDPlanner est une histoire d'opportunité.

À l'origine, quand on travaillait avec une boîte informatique externe, on mettait 2 personnes de l'informatique FASD pour l'accompagner afin de garder le contrôle.

Cronos (etrinity) est venu vers nous (vers le DAF de l'époque) en présentant le FASDPlanner quia avait été développé pour la Wit-Gele Kruis mais qui n'en voulait plus car ils avaient opté pour une autre solution. Donc, le soft de base ne comportait que la consultation et la validation des visites/tournées. Donc, ça a été soumis au groupe informatique (à l'époque, ce groupe était composé de directions générales et DAF des ASD). Ils ont validé pour mettre en production ce logiciel sur support tablettes. C'est à partir de ce soft qu'on a décidé de passer l'homologation et qu'on a développé le DIE. Et pour moi, c'est là qu'on a commis une erreur en voulant supprimer les dossiers papier directement alors que nous aurions dû y aller étape par étape.

C'est alors que Cronos est arrivé et comme j'ai beaucoup de travail et qu'à l'époque, j'avais une petite équipe, j'ai vraiment laissé le projet dans les mains de Cronos.

En cours d'adoption :

3) *Comment se sont passées les premières semaines d'implémentation ? (feedback ? Quels mécanismes de communication intra-ASD + ASD-FASD ?)*

Helpdesk.

Téléphone et mails essentiellement.

Feed-back : audits réguliers sur le remplissage des tables.

Suite de la digression : Ce qui est fou c'est que c'est l'opportunité (en 2012-2013) qui a fait que nous avons été précurseur en la matière. Ça n'a pas été une volonté des ASD au départ (FASDPlanner).

Thème 2 : Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation

Quelle était la capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation ?

4) *Selon les technologies utilisées, quelles étaient les connaissances et compétences initiales ? Étaient-elles suffisantes ?*

Au sein de l'équipe FASD, non parce que, comme je l'ai dit, on a vraiment laissé la main à Cronos. Et comme on n'a pas associé d'informaticien FASD à ce développement, la

connaissance résidait uniquement dans le chef de Cronos ! Nous étions complètement dépendants d'eux.

Sous-question : et en ASD, est-ce que chaque niveau de l'organigramme était à suffisamment à l'aise avec son « hardware » (tablette pour les infirmiers, PC pour les IC et admin) et avec son « software » (FASDPlanner et CJB webform) que pour passer à un cran supérieur ?

C'est variable selon les ASD... Certaines ASD ont un meilleur à ce niveau là par rapport à d'autres. Il n'y a pas d'uniformité. En termes de compétences, pour la moitié des ASD, oui. Mais c'est une question de temps également : est-ce qu'on laissait le temps d'apporter d'acquérir les connaissances nécessaires ?

5) Que pourrais-tu dire en termes de « culture d'apprentissage » ? (leadership proactif dans le partage des connaissances ?)

En termes d'apprentissage du DIE en lui-même au sein des régions, je pense que certaines ASD y allaient avec des pieds de plomb.... Parce qu'ils n'en voulaient pas ! Ils n'en voulaient pas pq ils trouvaient ça trop contraignant et ils avaient peur que leur personnel soit moins rentable à cause du DIE.

Je pense qu'il y a eu un décalage entre ce qu'on a imaginé au sein de la FASD et ce que les régions auraient voulu. Et je le redis, l'erreur du départ est d'avoir voulu tout digitaliser d'un coup. Les régions n'ont pas vu l'envergure du DIE. Ils ont l'impression qu'ils devaient compléter tous les onglets sans nécessairement avoir en tête les obligations réglementaires.

Je me répète, on a été trop ambitieux de vouloir supprimer complètement les dossiers papier au domicile du patient et donc, les régions ont considéré cela comme une injonction de la FASD, comme la FASD étant trop « directive »..

Un contexte réceptif au changement = caractéristiques organisationnelles :

6) Que pourrais-tu me dire par rapport au contexte des ASD lors de l'implémentation du DIE ?

Pas réellement de vision stratégique de la part des ASD en termes de digitalisation. Cette vision stratégique était plutôt amenée par la FASD. Et c'est toujours la même chose, les ASD sont preneuses quand ça les intéresse et ne le sont pas quand ça ne les intéresse pas.

C'est un problème... on trouve qu'ils ne sont pas assez participatifs.

On a commis une autre erreur. L'infirmière qui a rédigé les documents et puis que Cronos a du traduire ça en « mock-up », pour montrer ce que les écrans allaient donner, on aurait dû le montrer aux DSI et peut-être faire un groupe de travail pour retravailler ces mock-up.

Et pourtant, chaque onglet a été créé par des groupes de travail mais comme c'étaient des GT distincts, chaque groupe a été trop ambitieux ce qui a résulté en une complexité exagérée de l'application. Néanmoins, les personnes qui composaient étaient « callées » et motivées donc, au final, il manquait des avis d'utilisateurs « lambda » du terrain qui auraient sans doute relevé cette complexité trop poussée, ces complications potentielles (qui se sont avérées lors des mises en production).

Peut-être a-t-on accordé trop d'importance à certaines choses par rapport à ce que l'homologation exigeait... Néanmoins, c'était assez difficile de communiquer avec la personne en charge des homologations...

Thème 3 : L'ouverture à l'innovation du système

La tension pour le changement :

7) *Quelle était la perception du besoin de transformation digitale par chaque niveau (hiérarchie / base opérationnelle) ?*

La volonté de digitalisation émane des directeurs généraux (surtout avec les derniers arrivés) ; je ne sais pas l'évaluer au niveau des DSI (la différence entre les paroles et les mots...), par contre, je ne suis pas sûr que le terrain voulait du DIE... Le terrain est plutôt résistant au changement et attaché au papier.

Néanmoins, le DIE a fait quand même évoluer la mentalité du personnel et que ça facilite toute de même l'implémentation d'Allsoft. On pourra l'évaluer assez facilement dans l'avenir. La preuve est que le taux de remplissage calculé à la fin du DIE par extraction informatique n'était pas élevé...

En même temps, ce qui était vraiment intéressant, c'était l'échelle de Katz (NDLR : développée au regard de la directive INAMI donc plus complète et utilisation plus aisée). En d'autres mots, ils ne voient que l'avantage financier !

L'adéquation du changement par rapport au système :

8) *Est-ce que le DIE répondait aux besoins ? (par rapport aux valeurs, normes stratégies, objectifs, skill mix, NTIC et manières de travailler) Pourquoi ?*

Il y a un énorme gap entre ce que pensent les DSI des capacités de leur personnel et les capacités réelles...

En même temps, ce qui était vraiment intéressant, c'était l'échelle de Katz (NDLR : développée au regard de la directive INAMI donc plus complète et utilisation plus aisée).

En d'autres mots, ils ne voient que l'avantage financier !

La maîtrise de leur support (tablette / PC), dans les faits, n'était et n'est toujours pas acquise...

L'évaluation des implications

9) *Une évaluation de l'impact de l'implémentation du DIE a-t-elle été mise en place et sous quelle forme ?*

Il y en a plusieurs mais celle qui était orientée « avis du terrain », c'est l'enquête de satisfaction DIE (réalisée en septembre 2019).

En termes IT, il y a eu une extraction du taux de remplissage des tables.

Si le DIE avait perduré, nous aurions mis en route un GT « référents DIE » (= référents d'application) qui aurait été un bon feed-back.

Et il y avait les retours via les DSI (en réunion, mails, etc.)

Néanmoins, il y a toujours un problème d'objectivation de ces retours.

Pour moi, la meilleure évaluation est l'enquête de satisfaction mais elle est faussée par rapport au support. C'était une bonne idée à la base mais certaines questions étaient orientées, étaient biaisées...

Thème 4 : Le contexte externe

10) *À ce moment-là, quel était l'état d'avancement de la transformation digitale dans le secteur des soins infirmiers à domicile ?*

Concernant le FASDPlanner (planification des soins), nous étions précurseurs.

Si on avait eu une appli sans problème de synchronisation, pour moi, on était au top puisque notre ambition était de supprimer le papier au domicile du patient !

Néanmoins, la suppression complète du papier est impossible – et encore à l'heure actuelle – parce qu'un système à 2 vitesses (différentes versions des messages KHMER par exemple) avec le fédéral et les régions (avec des différences entre régions !). Par exemple, on est tenu au papier pour les prescriptions de soins, les notifications de techniques spécifiques, etc.

C'est quand même exceptionnel pour un petit pays d'avoir de belles ambitions au fédéral mais que les entités régionales ne suivent pas... Ce qui est inquiétant pour l'avenir si les soins de santé devenaient une compétence régionale et plus fédérale...

Sous question : au moment de l'implémentation du DIE, étions-nous au même niveau de digitalisation que les autres services de soins à domicile (en excluant les infirmiers indépendants) ?

À l'implémentation du DIE, nous étions précurseurs ; nous avions l'ambition de supprimer le papier. La preuve est que la CSD est venu voir notre soft et qui, à un moment donné, voulait acheter notre solution ! Mais on a dû freiner des 4 fers car notre solution est liée à Oracle® et donc, ça aurait été difficile de lier notre solution à un autre système de base de données même si le DIE pouvait fonctionner hors réseau, pour autant qu'il y ait eu une connexion à l'application.

Donc, oui pour le DIE, nous étions pionniers. Par contre, pour la version 1.7 (Planification), nos concurrents offraient la possibilité d'encoder quelques données de santé (constantes physiologiques).

Notre produit était bon en termes de contenu mais trop complexe et là, à nouveau, il y a une différence entre ce que les autorités exigent, ce que les DSI souhaitent et ce que le terrain est d'accord de faire en termes de tenue de dossier infirmier informatisé...

Néanmoins, ce qui est « bizarre », c'est que l'INAMI n'ait jamais imposé d'extraire des statistiques de l'usage du dossier informatisé...

Je ne sais pas tout le monde était au clair avec le projet DIE au sein des ASD....

11) Quel incitant existe-t-il dans le contexte des soins infirmiers à domicile ? (cfr « injonctions politiques ») ?

Prime télématique par infirmier qui tarifie au minimum 30.000 € par année (800 € par année civile par infirmier).

Je ne vois rien d'autre. Mais je pense que l'ambition de supprimer le papier est noble. Par contre, le côté chronophage a été un réel frein (« perte de temps » en tournée pour encoder les données dans l'application et je doute que cet aspect temps ait été évalué par les ASD, au départ du projet. Ce n'est qu'à l'utilisation, que les responsables hiérarchiques se sont rendus compte de la réalité. Les problèmes de synchronisation étaient, notamment, des excuses pour une sous-utilisation de l'application.

Je ne suis pas sûr que, s'ils avaient été conscient que l'encodage allait prendre 1/2H – 1H par tournée, ils auraient été d'accord avec ça d'entrée de jeu. D'autant plus que bon nombre d'ASD éprouvaient des difficultés financières à cette époque... Sans ces problèmes financiers, la situation aurait sans doute été toute autre.

Thème 5 : Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

12) Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque « partie prenante » de la FASD : directeurs, responsable/service informatique, chargée de mission en soins infirmiers...) pour mener à bien/à mal ce projet ?

Pour moi, le problème majeur réside dans le fait que les ASD nous ont laissé piloter le projet tout seul. Ils n'ont pas souhaité s'impliquer et au final, la conclusion a été « le problème vient de la FASD »... voilà !

Si maintenant les ASD veulent s'impliquer plus, alors on met tout en œuvre pour les impliquer au maximum mais, ça n'a pas été le cas pour le DIE.

Par ailleurs, il est évident qu'à la FASD, nous avons eu des moyens limités pour mener à bien ce projet ; même si en termes de sommes, ça peut paraître énorme (des frais payés à Cronos) ! Les moyens au sein même de la FASD (ressources humaines) ont été limités... S'ils avaient souhaité plus de contrôle à un moment donné, ils auraient pu le demander !

Je ne veux pas minimiser ma responsabilité, la responsabilité de Cronos ni celle des directeurs intra-FASD (DG, DSI, DAF).

A un moment donné, la question s'est posée « si on continue comme ça, on va droit dans le mur et vu ce qu'on a déjà dépensé, que fait-on ? ». Et au final, la décision a été de partir vers un logiciel externe et là, les directions des ASD ont pris leurs responsabilités.

Sous-question : penses-tu que j'étais « la bonne personne » pour former les infirmiers référents DIE, en termes de compétence, de capacités, la crédibilité, la légitimité, etc ?

Au niveau crédibilité, oui parce que tu es une ancienne infirmière de terrain ! J'ai assisté à des formations que tu as données et, si je n'en ai pas un souvenir super précis, c'est que ça ne m'a pas choqué dans le mauvais sens ni dans le bon sens non plus (rires 🤔).

Ça veut dire que c'était une formation « normale », ça veut dire que ce n'était pas négatif sinon je l'aurais gardé en mémoire. Donc, pour moi, tu avais aussi les compétences et la logique (des soins infirmiers).

La légitimité, ça d'office ! Et les formations, dans mes souvenirs, c'était bien.

Et en plus, tu as une crédibilité par rapport aux ASD ! Par rapport aux infirmiers, il y a peut-être eu des susceptibilités mises en évidence parce que tu venais du terrain et que tues « montée » à la FASD.

Tu as travaillé avec les développeurs alors que ce n'était pas ton rôle ton premier, et de tout manière, tu apprends vite ! Tu devais être là pour t'assurer que ce qui était prévu dans le cahier de charge était bien transcrit dans le DIE (en suivant les « mocks-up »).

Il est vrai que si on avait eu une synchro plus rapide, ça se serait mieux passé. C'était un développement énorme et on avait quand même pas anticipé une migration vers une technologie autre dans le futur et alors, de toute façon, ça nous aurait coûté un pont.

On pas évaluer l'ampleur du développement et l'analyse de Cronos en termes de temps de développement a été largement sous-estimé !

C'est au printemps 2017 qu'on s'est rendu compte que le développement n'avancait pas suffisamment vite et que la responsable de projet de Cronos et revenue et a décidé d'augmenter le nombre de développeurs sur le DIE. Alors, il a fallu postposer la mise en production d'un an (prévu en septembre 2017 et a commencé en septembre 2018).

J'aurais dû, peut-être, à ce moment-là, avoir le courage de stopper le projet... et en même temps, je ne suis pas directeur ; Et ce n'était pas la volonté des directions ASD et DSI. Avec un autre DAF à la FASD, peut-être qua ça aurait tourné différemment...

Mais vraiment, ce n'est pas un échec pur et dur (surtout à se prix là !) ,il faut se dire qu'on apprend de ses erreurs !

13) Autre chose à ajouter ?

Je pense que j'ai tout dit !

Entretien « Structure » : ex-directeur général FASD

Thème 1 : « Adopter » (= l'adoption par les personnes)

Au stade de la pré-adoption du DIE :

1) Quelles informations ont transmises aux infirmiers en ASD ?

(Long silence)

Concernant les infirmiers, je ne sais pas du tout quelles informations leur ont été transmises.

Il y a eu des présentations (projections d'écrans) en collège des directeurs et, je pense, en réunion DSI.

Avant ça, il y avait eu des présentations en groupes de travail mais là, ça servait également à récolter de l'information par rapport à l'utilisation.

Je ne sais pas te dire exactement ce qu'on a présenté mais je pense qu'on a présenté les écrans, les normes auxquelles nous devons répondre (critères d'homologation), les obligations qui incombaient aux infirmiers en termes de tenue d'un dossier infirmier selon la réglementation INAMI en vigueur ainsi que le lien entre le DIE et les autres outils qu'ils avaient en main.

Ce sont les vagues souvenirs que j'ai...

On a tendance à l'oublier mais on a beaucoup expliqué le dossier infirmier dans le Contact (revue trimestrielle éditée par FASD et « offerte » à chaque travailleur ASD) qui est aussi un support d'informations pour le personnel. On y expliquait les enjeux et vers quoi on allait, et c'était vraiment à destination des prestataires.

Je ne pense pas qu'il y ait eu autre chose directement à destination des infirmiers.

Au début de l'adoption :

2) Qu'est-ce qui a été mis en place pour implémenter le DIE ?

Reformulation : diffusion de la solution, le « top départ ».

Diffusion par étapes : par ASD et sous-centre par sous-centre, histoire d'avancer petit à petit et de permettre l'appropriation de l'outil et les échanges entre les personnes, tout réglant les problèmes sur des échelles d'infirmiers qui n'étaient pas trop nombreux.

En ayant mené à bien la formation d'infirmiers référents DIE et en ayant vérifié toute une série de questions concernant l'ergonomie et l'entrée en matière d'utilisation par les infirmiers.

On savait qu'ils n'allaient pas être super accompagnés par leur encadrement direct...

En cours d'adoption :

3) *Comment se sont passées les premières semaines d'implémentation ? (feedback ? Quels mécanismes de communication intra-ASD + ASD-FASD ?)*

Il y a eu tout un support qui a été construit avec ta fonction (chargée de mission SI), avec le service informatique, avec le suivi de Contribute même si c'était souvent foireux mais ça existait.

Je me rappelle qu'il y avait énormément de mails qui circulaient pour faire remonter les problèmes auprès de la FASD (Edgard et Anne-Sophie), avec la difficulté d'explication et de compréhension d'un écrit sur un problème informatique.

Edgard avait beaucoup d'échanges téléphoniques avec les DSI sur les difficultés rencontrées. Après, la demande du service informatique est toujours d'avoir une remontée du problème précis, avec explications écrites mais également des captures d'écran pour pouvoir travailler efficacement sur le problème remonté.

Il me semble bon de rappeler les dispositifs de réunions quand même : autour du projet, avec les DSI, autour de l'informatique, avec les directions générales des ASD. Tout ça sont des éléments qui peuvent concourir à piloter le projet même si dans les faits, je pense qu'ils n'ont pas beaucoup concouru à piloter le projet. C'est un autre problème mais c'est sans doute un des facteurs de l'insuccès du DIE.

Au niveau intra-ASD, je ne sais pas vraiment comment ça se passait. Il y avait des réseaux d'affinités en DG et DSI des ASD qui fonctionnaient et qui créaient des effets de coalition sur la façon d'énoncer certains problèmes. Il y avait aussi certainement ce mécanisme entre infirmiers d'équipes différentes mais ça n'avait pas du tout la même portée.

Il s'agissait, côté directions, d'additionner des plaintes pour essayer de les remonter les problèmes dans un certain rapport de force avec la FASD, avec la fausse impression que si on ne tape pas avec suffisamment de force sur la table, on ne sera pas entendu par la FASD.

Néanmoins, ce fonctionnement est une façon de détourner l'ensemble du système lui-même, en d'autres mots, c'est une manière de détourner le rôle qu'ils ont joué eux-mêmes dans les différents dispositifs de réunion précités.

Thème 2 : Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation

Quelle était la capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation ?

4) *Selon les technologies utilisées, quelles étaient les connaissances et compétences initiales ? Étaient-elles suffisantes ?*

De manière générale, je pense que oui.

Avec des petits moyens, le service informatique de la FASD, sur différents aspects, avait réussi à outiller les ASD de manière adéquate par rapport à leurs besoins et au fonctionnement du système (les ASD et la FASD).

Le changement principal avec le DIE consistait à passer d'une informatisation de la gestion à une informatisation de certains aspects du métier d'infirmier. Cependant, il y avait déjà une certaine expérience de cela puisqu'on avait informatisé le métier de coordinatrice basé sur un modèle qu'on a réutilisé, sur une plus grande échelle, à savoir le modèle de la sous-traitance avec de l'expertise interne dans l'équipe. En effet, la boîte informatique avec qui nous avons travaillé connaissait déjà le logiciel de départ et notre système. Mais il y a une grande différence avec la coordination : c'est le fonctionnement de l'INAMI sur l'homologation qui est un fonctionnement de « go / no go » - là où la coordination, avec la Région Wallonne, c'était une proposition productive – ce qui ajoutait, pour le DIE, de la pression sur le système.

Un des éléments qui va sans doute concourir à l'échec du DIE, c'est l'ambition de coller très très fort au métier et de coller aux desideratas de bon nombre. On'a sans doute pas assez arbitré sur le volet du contenu du DIE, notamment parce le sous-traitant n'a jamais dit « ça oui, ça non ». Je pense qu'à ce niveau-là, il y a quelque chose chez Contribute qui a dysfonctionné. Et au niveau de la FASD, ce qui a dysfonctionné, c'est le pilotage... Donc, on sortait de l'audit informatique, on était en phase de révision de la gouvernance du service informatique de la FASD et donc de tout le développement informatique au-delà de la gouvernance du service, c'est celle qui inclut les ASD et les utilisateurs. Et, en plus, on a connu 3 changements de direction administrative, financière et informatique (DAFI) au sein de la FASD (2 départs successifs sur 2 ans et arrivée du dernier DAFI). Personnellement, je pense que ça a eu un impact certain sur la gestion de la relation avec Contribute, dans les premières étapes du projet. De là à dire que le système n'était pas prêt à l'innovation, je ne le dirais pas ! Je pense franchement que ça aurait pu réussir ! L'autre élément critique est une pression de la part de certains DG d'ASD pour un autre système informatique. On n'était déjà pas très fort sur la mise en place des conclusions de l'audit informatique mais à partir de ce moment-là (la pression des DG), on s'est retrouvé vraiment affaibli... Donc, le résultat de ce contexte est que le leadership sur un projet d'une telle envergure devient quasi impossible à tenir (et même par rapport au service informatique) ... Or, c'est une question-clé par rapport au pilotage d'un projet.

Selon moi, il y a vraiment eu des moments d'alerte : des tensions entre ASD et FASD, des tensions au sein du codir FASD (visions différentes dans le chef de certains) et des grosses faiblesses de programmation initiale sur l'outil DIE relevée avant la mise en production qui

étaient impossibles à corriger... Tout ceci incarne des faiblesses majeures qui ont affecté profondément de leadership du projet !

S'il nous avions eu un outil très stable, ces phénomènes de pression n'auraient sans doute pas été présents.

5) *Que pourrais-tu dire en termes de « culture d'apprentissage » ? (leadership proactif dans le partage des connaissances ?)*

C'est bien d'entrer dans la question par-là (leadership proactif dans le partage des connaissances).

On est dans un système où il n'y a pas d'autorité au sens hiérarchique de l'autorité. On est dans un système où l'autorité ne peut s'exprimer que par un leadership qui doit être consensuel pour que ça fonctionne. La problématique dans le système ASD est que, particulièrement à cette époque-là, on est dans une phase où toutes les formes de leadership s'annulent les unes, les autres ; il n'y a plus de sens de l'objectif commun, il n'y a plus de cohésion qui permet d'utiliser les désaccords pour comprendre la situation mais aussi identifier les points d'accord qui permettent d'avancer. Au niveau des dirigeants et des fonctions d'encadrement, le leadership était « mal barré ». Et les infirmiers-chefs (IC) n'ont jamais eu l'opportunité de déployer un leadership dans lequel il y avait de la place pour le management humain, ils ont été réduits à du rapportage sur des chiffres donc, peu de place le management humain qui soit reconnu.

Comme le disait Michel Dupuis : le fonctionnement ressemble fortement à des infirmiers indépendants qui ont un statut de salariés, tellement il y a une culture de l'autonomie du prestataire de soins qui est défendue de plein de façons. Donc, la question du leadership se pose à tous les niveaux. Mais, à partir du moment où on met le métier dans un outil standardisé, la question de la culture de l'autonomie est à revoir ! Ça, je pense qu'on est complètement passé à côté ! C'est certainement un des aspects de la résistance au changement, qu'on n'a pas du tout appréhendé. Nous étions tellement sûrs de notre outil – reconnu par l'extérieur comme étant particulièrement respectueux, justement, du métier – que nous pensions que ça allait être adopté. Sauf que les travailleurs ont perçu une standardisation de leur métier imposée et sans concertation ! Si on leur avait mis dans les mains 3 outils différents, je suis certain qu'ils auraient choisi le nôtre mais ça ne s'est pas fait de cette manière.

Compte tenu de ces éléments de culture, il n'y a pas réellement de soutien à la dimension d'apprentissage parce qu'aucune information n'est transmise sur le progrès (dans le sens progression du métier) lié à l'informatisation. On a une culture d'apprentissage qui est plutôt individuelle. Les travailleurs s'inscrivent aux formations qui les intéressent, ils se spécialisent

dans ce qui les intéressent et puis, à un moment donné, on arrive avec un logiciel qui sera utilisé par tout le monde (en ASD) et... ce n'est pas soutenu au niveau hiérarchique, ce n'est pas soutenu au niveau des directions, c'est présenté comme porté par la FASD (imposé par la FASD) mais qui elle-même est critiquée en permanence donc ça crée quand même beaucoup de conditions d'échec.

Un contexte réceptif au changement = caractéristiques organisationnelles :

6) *Que pourrais-tu me dire par rapport au contexte des ASD lors de l'implémentation du DIE ?*

À côté de tout ce que je viens de dire, avec les groupes de travail, avec les formations, avec les communications dans la revue Contact, avec la création de la fonction d'analyste fonctionnel au service informatique, avec le renforcement de l'équipe informatique (même s'il y a des « trous » à certains moments), tout ça consistait en des facteurs de succès ! Tout n'était pas absent sur la ligne de départ.

Sous-question : Au niveau des ASD, DG / DSI / DAF / peut-être les IC, penses-tu qu'ils avaient une vision stratégique en termes de digitalisation, sur le long terme, qui aurait pu justement contrer les résistances au changement que tu as mis en lumière ?

C'est trop dur de dire qu'ils n'en avaient pas ! (rires) Mais, en tout cas, ils n'avaient pas une vision qui aurait pu contrer ces résistances au changement.

Le problème est que la vision qu'ils avaient n'irriguait pas les pratiques. Un DG peut sortir du lot mais il était nouvellement engagé au moment du DIE et il a amené sa vision qui était différente et s'y est appuyer pour créer des rapports de force au sein du collège des directeurs avec la FASD pour emmener tout le monde dans sa propre vision.

Ces rapports de force ont, au final, contribuer à affaiblir le projet DIE et l'informatique FASD.

Thème 3 : L'ouverture à l'innovation du système

La tension pour le changement :

7) *Quelle était la perception du besoin de transformation digitale par chaque niveau (hiérarchie / base opérationnelle) ?*

Je pense que le besoin de transformation digital était bien compris et partagé, même jusqu'aux IC par contre, je ne pense pas qu'ils ont vérifié cela auprès du terrain, ni même l'intégration du logiciel par les infirmiers, ils se contentent de le dire... Alors que ce n'est pas parce que tu le dis que les gens l'intègrent et ce n'est pas parce que les gens disent qu'ils l'ont intégré qu'ils l'ont réellement intégré dans leur pratique au quotidien.

La transformation digitale, si on la comprend bien, il s'agit de ne plus faire le métier de la même façon. Pour le dire autrement, tout le monde avait compris que le métier d'infirmier à domicile – ou les métiers des ASD – se digitalisait et que c'était une nécessité et que c'était porteur de bonnes choses mais, jusqu'à un certain point, ça restait un truc qui allait surtout avoir un impact sur les autres...

L'adéquation du changement par rapport au système :

- 8) *Est-ce que le DIE répondait aux besoins ? (par rapport aux valeurs, normes stratégies, objectifs, skill mix, NTIC et manières de travailler) Pourquoi ?*

Pour moi oui pour toute une série d'éléments évoqués ci-avant. Ça correspondait à toute une série de réglementation, d'obligations et de financement liés au métier d'infirmier ainsi qu'une évolution de la profession sur les 10 ou 20 années à venir. Le métier d'infirmier à domicile se digitalise tout comme les autres professions des soins de santé et, les infirmiers ne sont pas les premiers à y être passés. On intègre vraiment la volonté et la stratégie informatique FASD sur les 10 ou 20 ans qui se sont écoulés à ce moment-là. C'est ainsi qu'on t'a engagé pour créer un binôme pour les soins infirmiers, associé aux programmeurs pour accompagner le projet.

Par rapport à la construction du projet, on a mis sur pied plusieurs groupes de travail avec des infirmiers et/ou des infirmiers en chef pour construire avec eux le contenu du DIE. On fait toute une série de choix de valeurs et d'objectifs pour aboutir à un outil qualitatif.

L'évaluation des implications

- 9) *Une évaluation de l'impact de l'implémentation du DIE a-t-elle été mise en place et sous quelle forme ?*

De façon anticipative, on peut parler d'évaluation sous forme d'analyse d'experts.

Par contre, la limite est qu'on n'a pas fait une analyse sur l'organisation : changements d'organisation au niveau de l'équipe, au niveau des IC, au niveau des directions...

Finalement, on est resté très centrés métiers sur cette analyse d'impact et également financier !

Thème 4 : Le contexte externe

- 10) *À ce moment-là, quel était l'état d'avancement de la transformation digitale dans le secteur des soins infirmiers à domicile ?*

Mon sentiment c'est que ce n'était pas très avancé. Il y avait un partout une informatique de gestion. Je ne pense pas, par exemple, qu'il y avait une gestion informatique des rendez-vous très développée. A cette époque-là, l'organisation du métier se faisait surtout sur base de

contacts interpersonnels entre les prestataires et les patients. Je dis ça, notamment, par rapport à d'autres professions de santé comme les médecins par exemple. En même temps, ça reste plutôt compliqué par rapport aux soins infirmiers à domicile mais, je pense, que l'intelligence artificielle pourrait apporter une solution mais personne ne propose ça sur le marché.

Ce n'est pas une profession qui était très en avance sur les questions de digitalisation. Le métier d'infirmier à domicile n'était pas très développé au niveau de l'informatisation.

Justement, je pense qu'au niveau de la FASD, nous faisons sans doute partie des plus développés de ce point de vue-là : FASDPlanner (planification des tournées), l'outil Google Maps® développé par un de nos informaticien pour visualiser les tournées sur une carte et pouvoir les optimiser, etc.

11) Quel incitant existe-t-il dans le contexte des soins infirmiers à domicile ? (cfr « injonctions politiques ») ?

Il y a les incitants « normatifs » : les exigences imposées par les diverses réglementations avec sanctions à la clé en cas de non-respect (responsabilité individuelle des prestataires).

Il y a aussi des incitants financiers (primes informatiques) pour faire entrer les gens dans le système. En même temps, ces incitants financiers sont des incitants par la contrainte : « si vous ne le faites pas, vous n'aurez plus les sous ! ». Ce n'est pas un secteur où on va utiliser l'argent comme carotte, l'argent reste utilisé comme un bâton dans le sens où, si vous voulez garder vos recettes additionnelles liées à l'informatique, vous devez passer par plusieurs étapes impliquent de nombreux investissements !

Ce qui aurait pu être décisif mais qui a échoué, c'est l'alliance avec la CSD.

Thème 5 : Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

12) Que peux-tu dire sur nos rôles (chaque partie prenante de la FASD : directeurs, responsable/service informatique, chargée de mission en soins infirmiers...) pour mener à bien/à mal ce projet ?

Il ne faut pas oublier la fonction du DAFI ! Il ne faut surtout pas oublier que le fait d'avoir 3 changements dans cette fonction, qui est une fonction d'encadrement direct du service informatique et plus particulièrement de son responsable, d'encadrement direct par rapport aux questions financières, d'interface directe par rapport aux liens entre le niveau financier et la production du sous-traitant, est un des facteurs clés de la difficulté ! En plus, dans ma fonction, j'ai dû piloter 3 personnes différentes, intégrer ce que je sais des éléments de pilotage de projet,

pour les envoyer au front sur ce dossier-là, tout en devant allier les visions infirmière, informatique, sous-traitance, plus, se positionner par rapport à ce climat de tension, de critiques, d'agressivité qui prévaut entre les ASD et la FASD, c'était quand même extrêmement compliqué ! Pour les 2 derniers DAFI, lors de leurs entrées en fonction, c'était quand même extrêmement compliqué de comprendre les tenants et aboutissants du DIE, de comprendre les tensions et de se positionner pour conduire les projets jusqu'à leurs objectifs !

Il y a quelque chose qui touche à la cohésion autour de l'objectif, la cohésion des directions (ASD), la place de l'objectif poursuivie au travers du DIE dans les réunions. C'est moche à dire mais je pense que 80% des critiques n'étaient pas au service de l'objectif ! C'est embêtant quand même ! Un autre élément très parlant est : « à quel moment on disait ça, ça, ça et ça, c'est bien parce ça permet d'aller vers l'objectif » ? ça, pour moi, ça représente peut-être seulement 1% du temps dans le pilotage du projet, avec les ASD.

Autre chose qu'il faut pouvoir dire, le système ASD est lié au système mutuelliste (MC). Et à ce moment-là, la MC était traversée par le projet de changement « NOVA », ce qui implique que la place du directeur de la mutualité régionale était modifiée et, à un moment donné, a été supprimée. Donc, on ne pouvait plus unir les directeurs de mutualités ou compter sur leur union pour redonner des consignes communes aux directeurs des ASD. Forcément, ça a joué dans toute une série de jeux d'acteurs que j'ai un peu décrit précédemment par rapport au DIE mais aussi par rapport à d'autres choses par ailleurs. Cet élément n'est pas à sous-estimer. Sur toute une série d'autres projets, la mutualité pouvait exercer du leadership. Force est de constater que sur le projet DIE, elle ne pouvait pas. Un exemple qui est « costaud », c'est le projet de l'informatisation de la coordination. Ils ont dit, à ce moment-là, on va le donner à Cosedi, les centres de coordination de la mutualité libérale et ce, afin que ça ne leur soit pas imposé d'une autre part et, en plus, ça créait des rapports plus favorables avec les mutualités libérales. Certains directeurs ASD n'ont pas compris mais ont été contraints de s'y plier !

Je pense que, si les directeurs des mutualités avaient dit à l'unisson « il faut un dossier infirmier informatisé, il faut une autonomie sur le dossier infirmier, il faut soutenir ce projet », toute une série de jeux de pouvoirs et de critiques auraient été considérablement réduits. Mais ce n'était possible à l'époque. Même chose avec les CSD. Si les mutualités chrétiennes étaient allés chercher un accord sur le fait de créer un programme commun avec les mutualités socialistes, peut-être qu'on y serait arrivé... Nous n'avions pas suffisamment de poids en tant que FASD pour aller chercher un accord avec CSD. Par contre, la question de l'appui de MutSoc vers les CSD, ne se pose pas... C'est « chou vert et vert chou ». Il n'y a pas d'autonomie des directions CSD comme il y a une autonomie des directions ASD dans leur système. Les mutualités étaient

sous forte pression à l'époque avec la ministre de la Santé qui avait réformé les mutualités et leurs normes de financement. Le changement NOVA s'est déroulé dans ce contexte-là !

Sous-question : et concernant l'agent de changement en lien avec les infirmiers (moi) : crédibilité, légitimité, homophilie, langage commun, formation suffisante, compétences, etc ?

On peut toujours faire mieux mais on n'aurait pas trouvé mieux ! Est-ce que c'est suffisant dans l'absolu ? Je n'en sais rien ! Est-ce que c'était suffisant pour faire le job ? Je pense que oui !

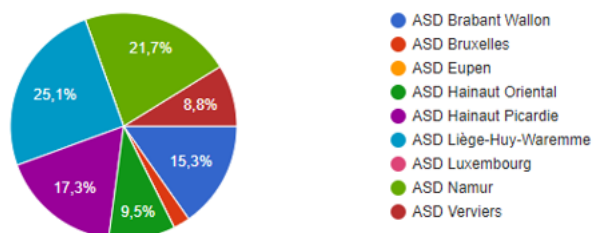
Je m'évalue moi-même en disant ça ! Si j'avais pensé que ce n'était pas suffisant, je ne t'aurais pas engagée ! Si j'avais pensé qu'il te fallait d'autres éléments de formation en plus, nous aurions veillé à te les apporter. On s'est mis dans une logique de duo. Ton rôle était de représenter, d'incarner le personnel infirmier dans le projet. Dans une logique d'identification, ça devait marcher d'autant plus que tu connais leur métier ! Je pense justement que c'était bien vu ! Et puis, Edgard est « fin » pour piloter des groupes, pour gérer des choses complexes au niveau des relations et des objectifs sur plein d'étages. Donc, je pense que tout ça, c'était bien fait, bien vu ! Évidemment sûr que si on t'avait mise dans une formation « Gestion de projets » de 5 jours ou de 2 mois, ça aurait peut-être été mieux et, en même temps, le risque est que tu risques alors d'être plus attentive à la gestion de projet (parce qu'il y a plein d'éléments) qu'au projet en lui-même et le feeling métier. En fait, je pense que plus tu es dans la méthode et éloigné du métier, plus tu vas paraître justement plus « FASD » et moins « terrain » et donc, plus les phénomènes de critiques et de reproches vont s'amplifier. C'est sur ça qu'il aurait fallu te former... que tu aies une bonne résistance à la critique, que tu sois mouillée à l'extérieur et sec à l'intérieur ! Parce que, en fait, ça abîme l'expression de la compétence, de se faire massacrer en permanence...

ANNEXE 6 : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION DIE AUPRÈS DES INFIRMIERS EN ASD

Enquête de satisfaction DIE : Résultats

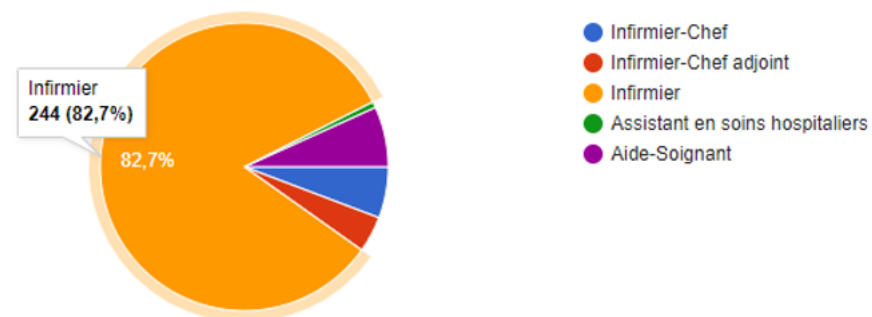
Dans quelle ASD travaillez-vous?

295 réponses

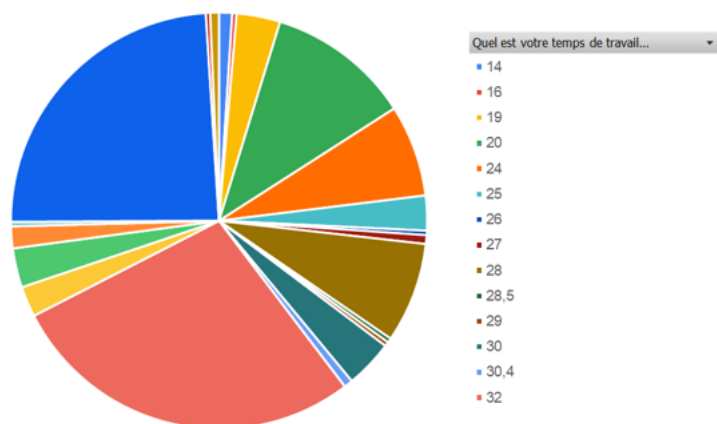


Quelle est votre fonction?

295 réponses

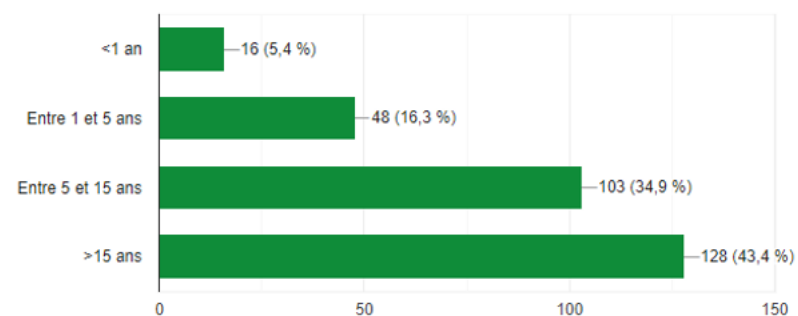


Temps de travail contractuel

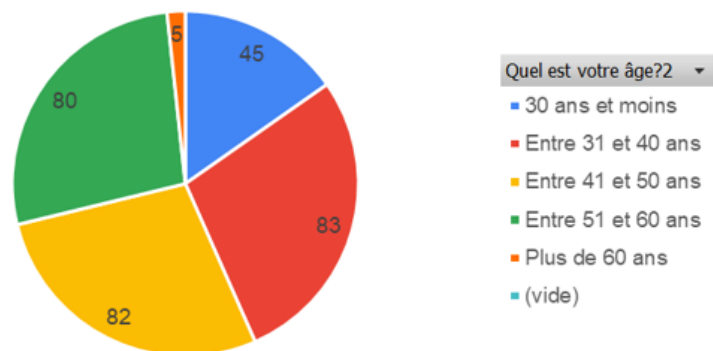


Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de l'ASD?

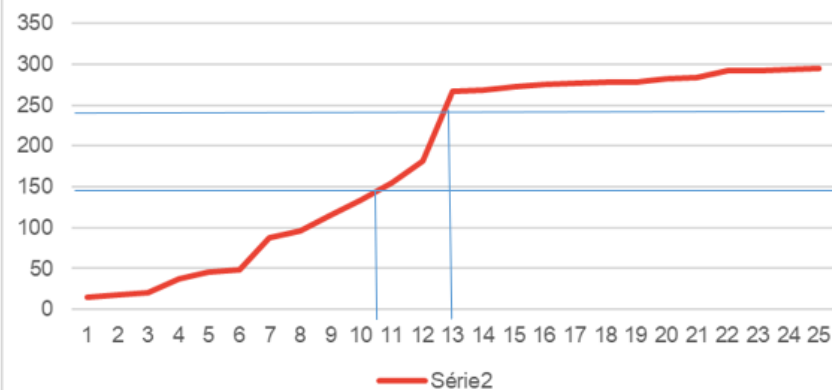
295 réponses



Répartition des âges des répondants

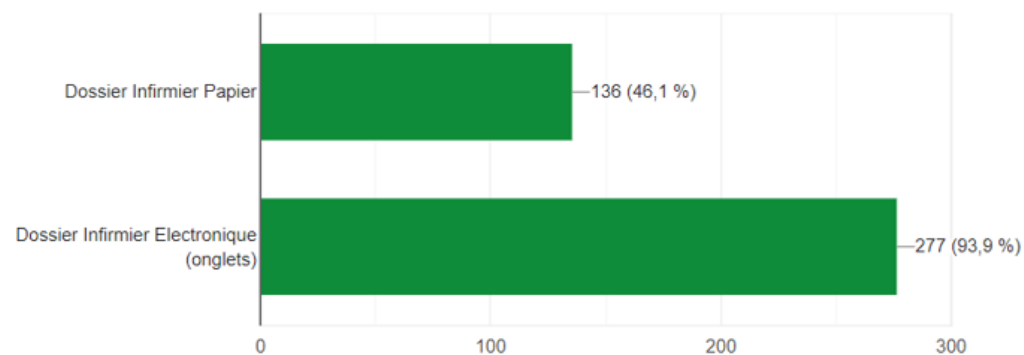


Depuis combien de temps utilisez-vous le DIE?



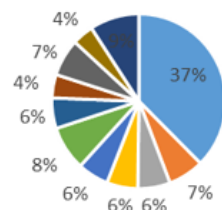
Utilisez-vous un : (plusieurs réponses possibles)

295 réponses



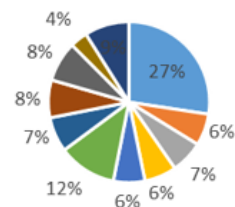
Résumé global et par région

Fréquence Globale



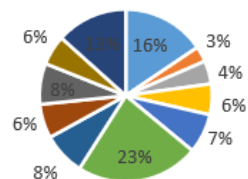
Fr 0 Fr 1 Fr 2 Fr 3 Fr 4 Fr 5 Fr 6 Fr 7 Fr 8 Fr 9 Fr 10

Intuitivité globale



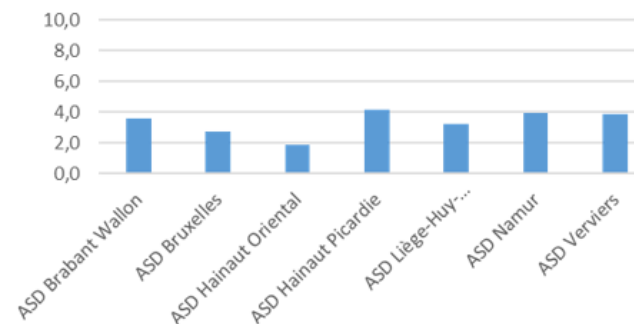
In 0 In 1 In 2 In 3 In 4 In 5 In 6 In 7 In 8 In 9 In 10

Complétude globale

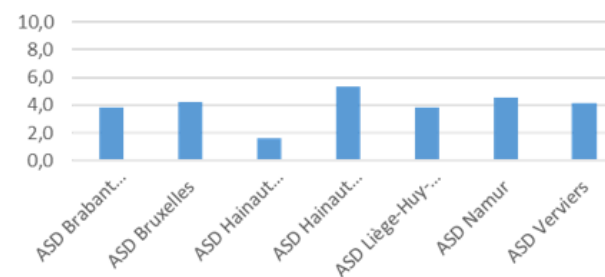


Co 0 Co 1 Co 2 Co 3 Co 4 Co 5 Co 6 Co 7 Co 8 Co 9 Co 10

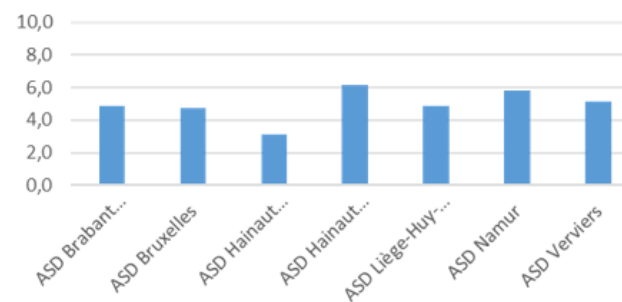
Score moyen fréquence par onglet par région



Score moyen intuitivité par onglet par région

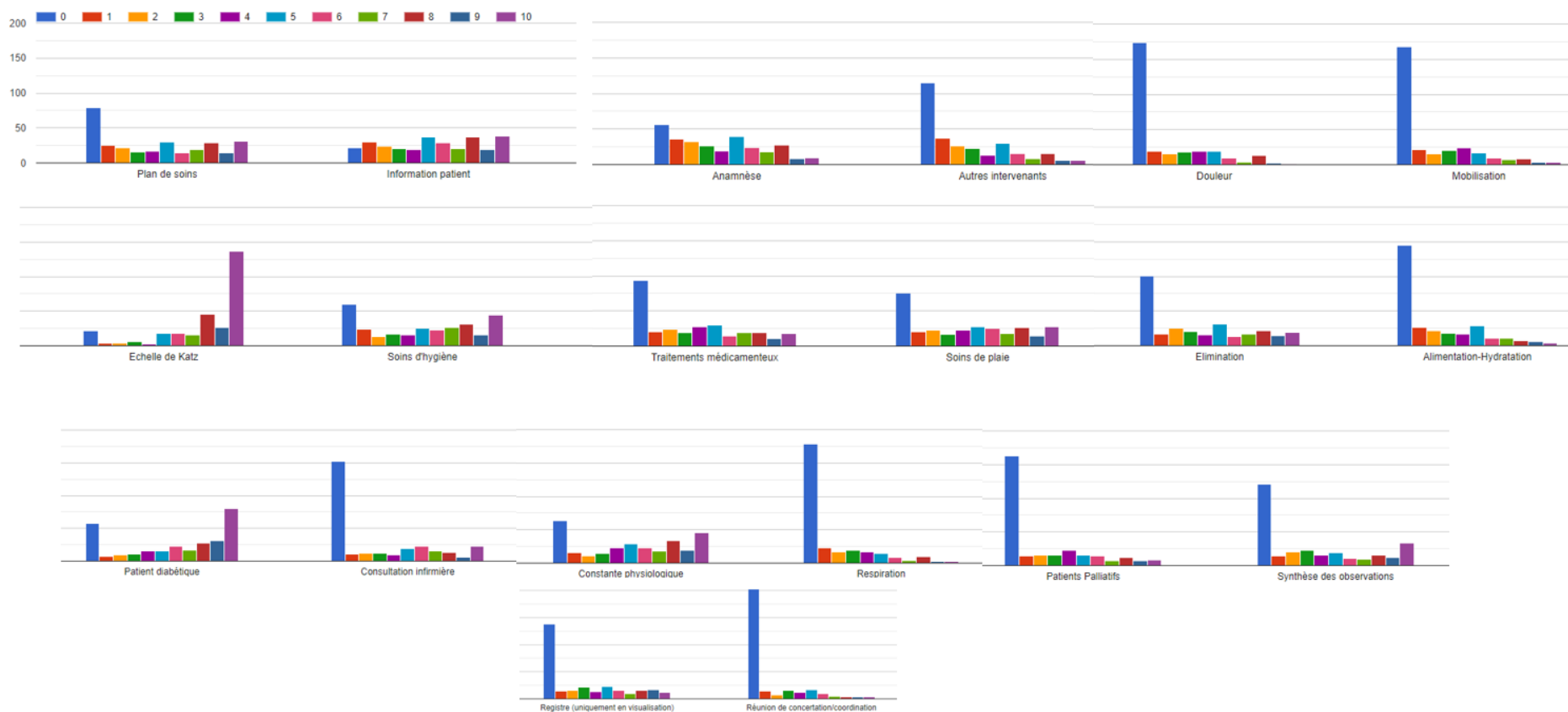


Score moyen complétude par onglet par région



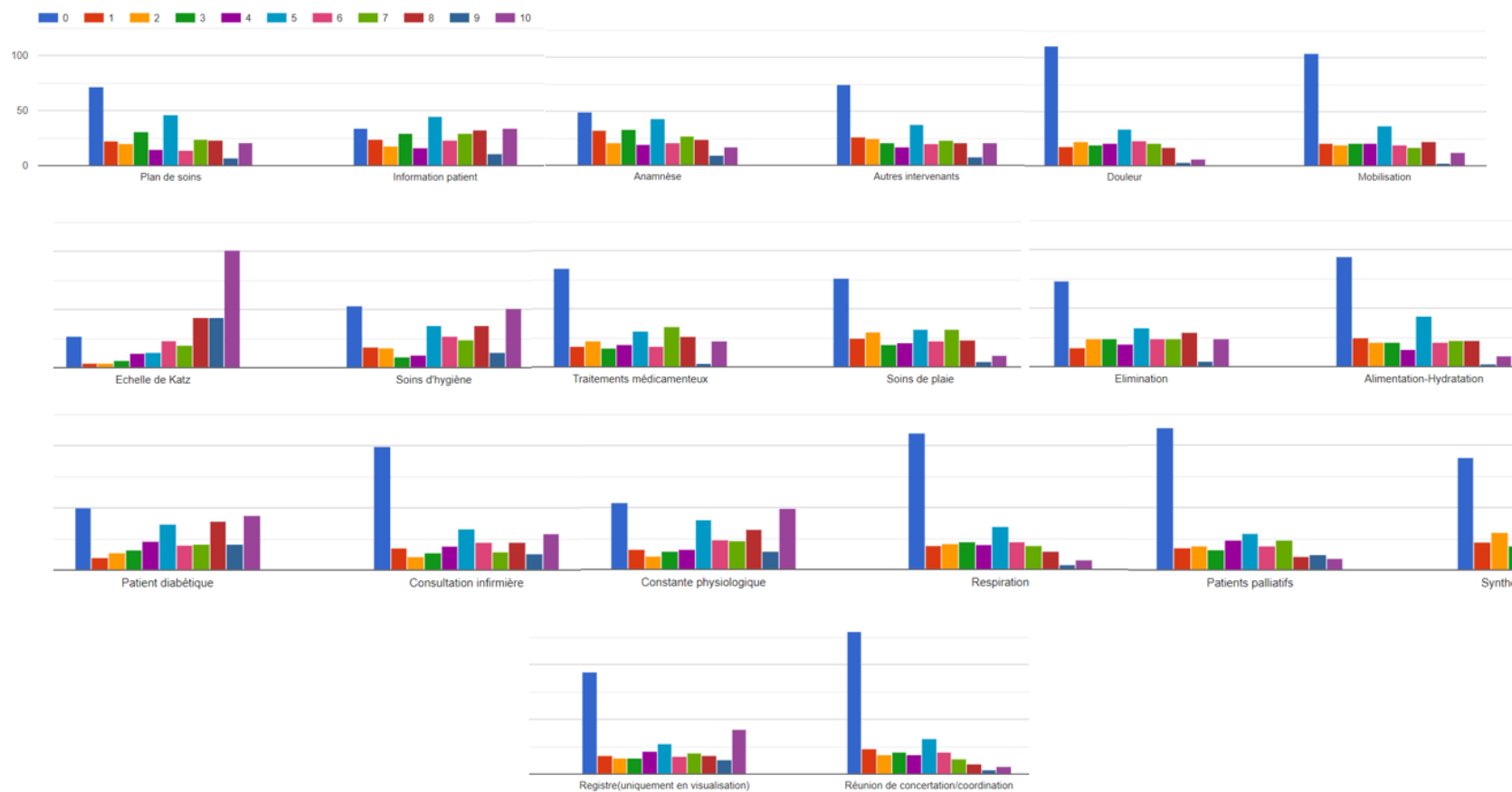
Fréquence d'utilisation des onglets DIE.

Pour chaque onglet suivant, donnez une cotation de 0 à 10 en fonction de votre fréquence d'utilisation de l'onglet.



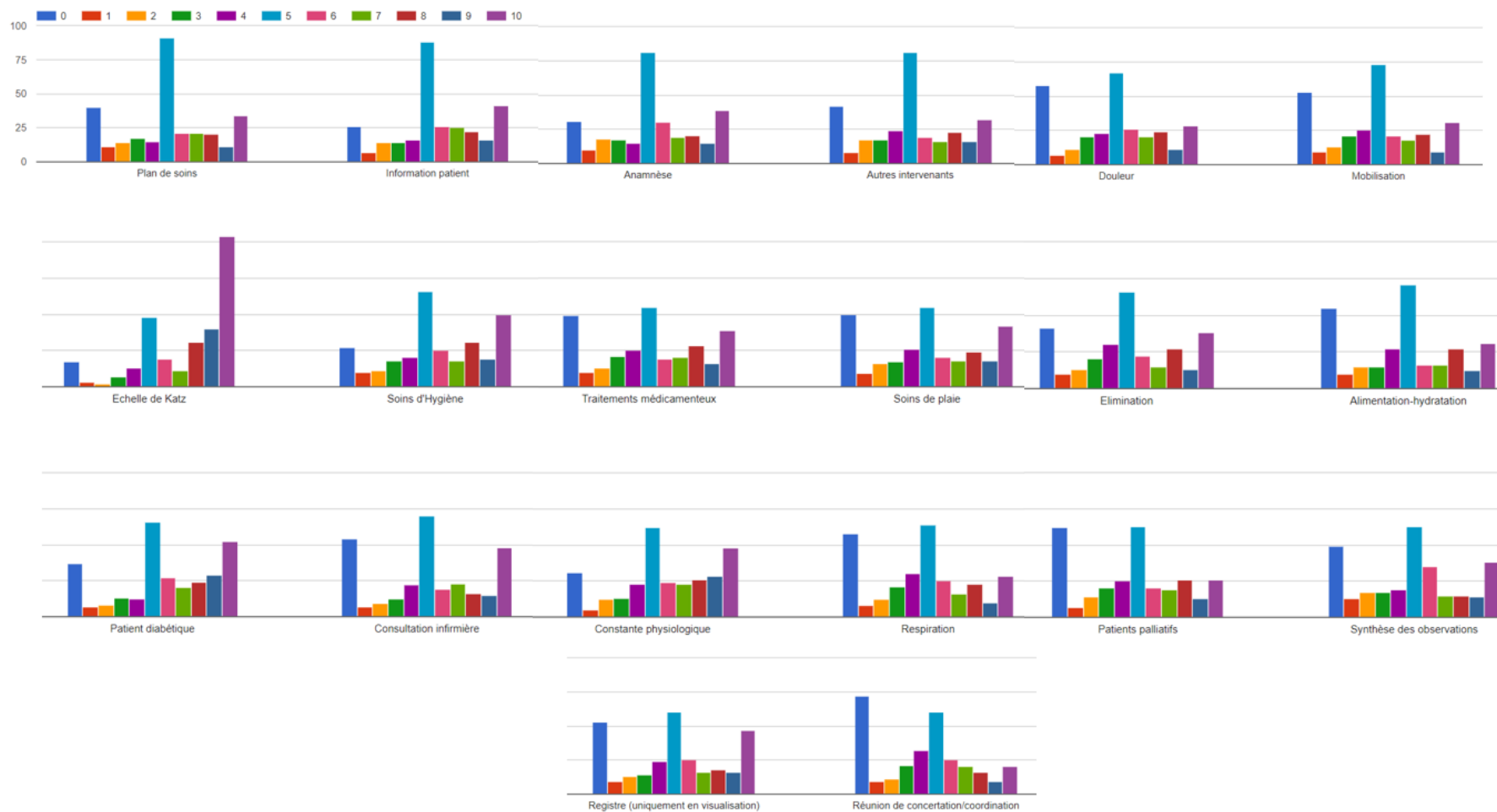
Intuitivité des onglets DIE.

Pour chaque onglet suivant, donnez une cotation concernant le caractère intuitif de l'onglet.

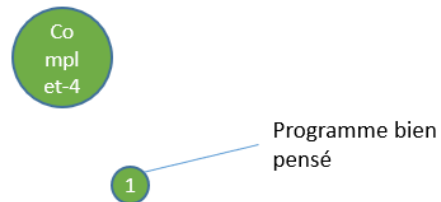


Complétude des onglets DIE.

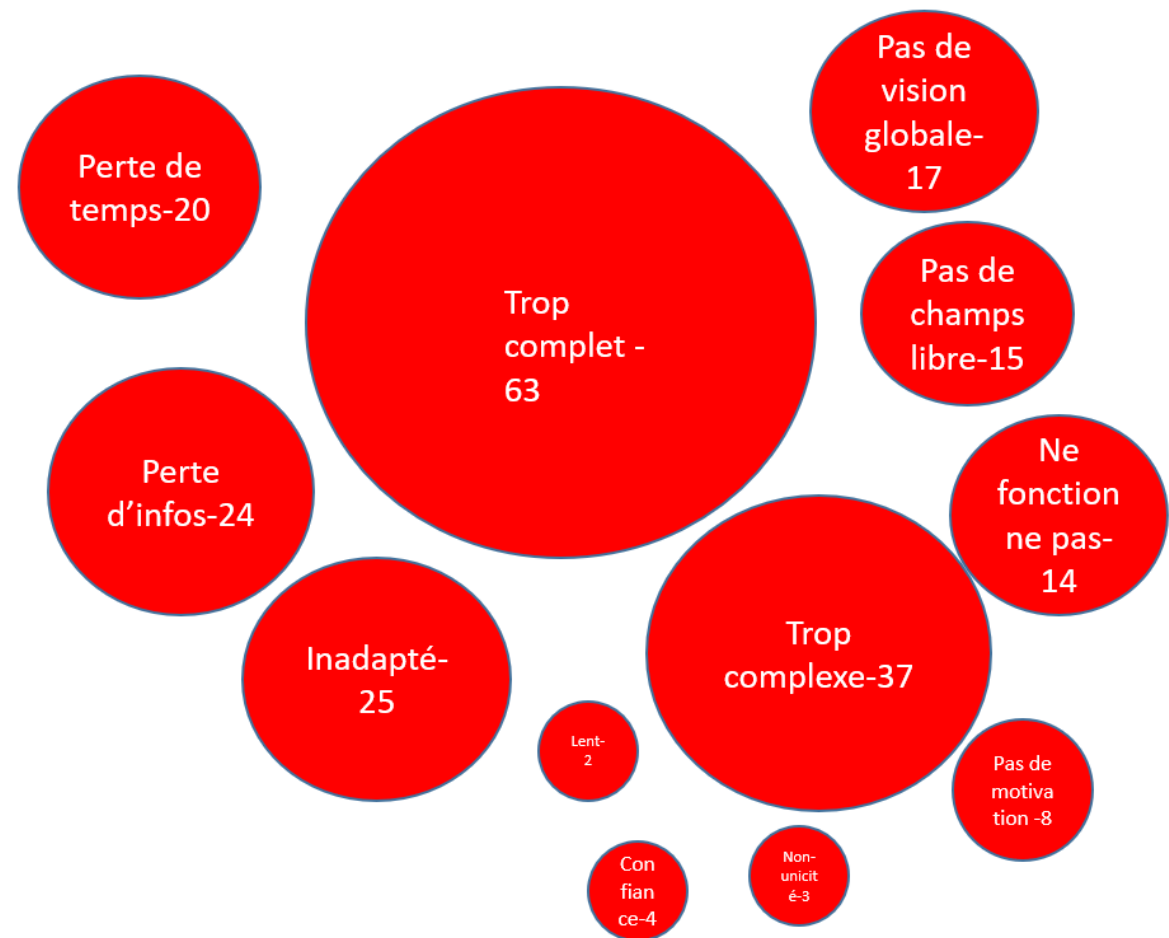
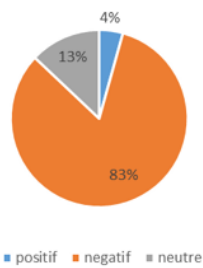
Pour chaque onglet, donnez votre vision quant à la complétude de l'onglet.



Commentaires reçus complétude :
144 commentaires



Type de commentaires reçus complétude



Manque-t'il des informations? – 80 commentaires

*

palliatif incomplet, pas d'historique, trop d'onglets, insuline historique pas possible

suivi selles-utines sur plus de 3 4 encodages, manque unités de mesures

historique lavage des cheveux, précision glycémie prise avant ou après repas

produit pour pansement

diabetique manque de données

douleur en synthèse des observations, trop de temps, vision globale, trop d'infos

medication, données sans durée de fin

lavage de vessie et vérification du ballonnet

Niv med parfois trop complexe et réponse pas effaçable quand on a fait une erreur, donc encodage ok mais pas pour préparer un pilulier

Origine héréditaire d'une pathologie soins de plaie

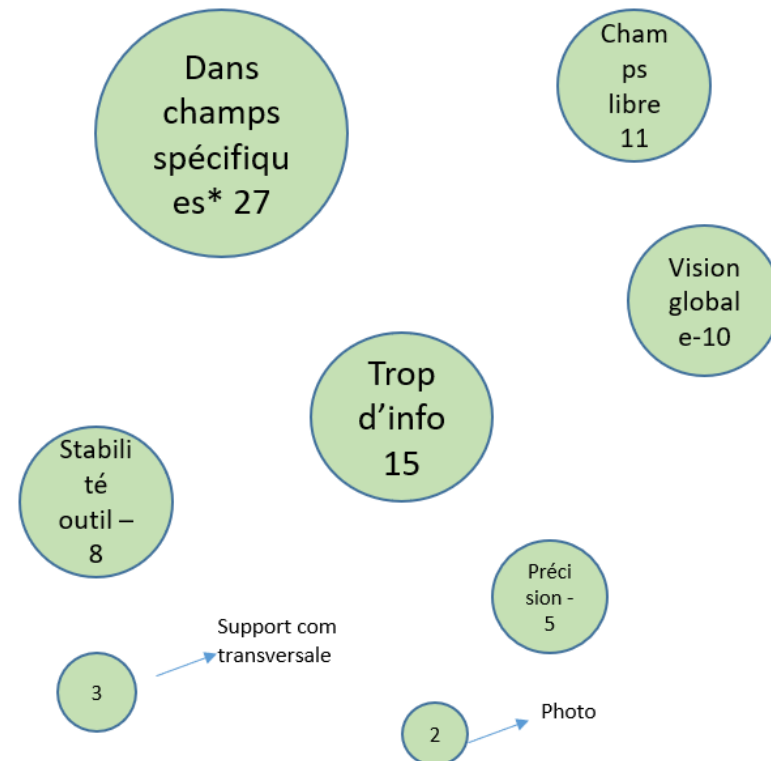
Par exemple :soin hygiène : possibilité de noter où se trouve les affaires du patients, préciser ses habitudes ou les surveillances spécifiques à ce patient pour ce soins qui sont régulières et qui si noté dans les observations finissent par disparaître. .

Soin de plaie: avoir un résumé plus intuitif et compréhensible pour le ttt à réaliser avec la possibilité de rajouter les détails spécifique à la situation et à la plaie pour une meilleure approche

Médicaments : pouvoir valider un mdt sans devoir spécifier médecins et autres détails que nous n'avons pas toujours dans un premier temps, ce qui permettrait un meilleur encodage et avoir les infos vitale pour la réalisation pour la collègue suivante .

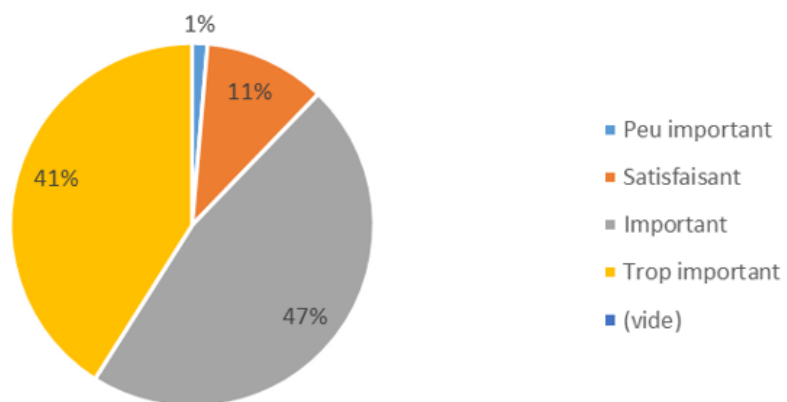
Parfois manque de spécification dans l'échelle de Katz

...



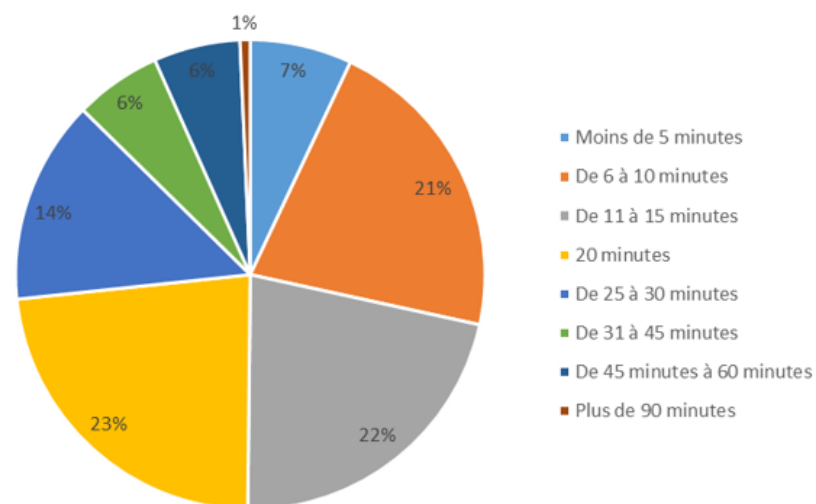
Temps d'un premier encodage

En moyenne, quelle est votre estimation du temps que prend un premier encodage?



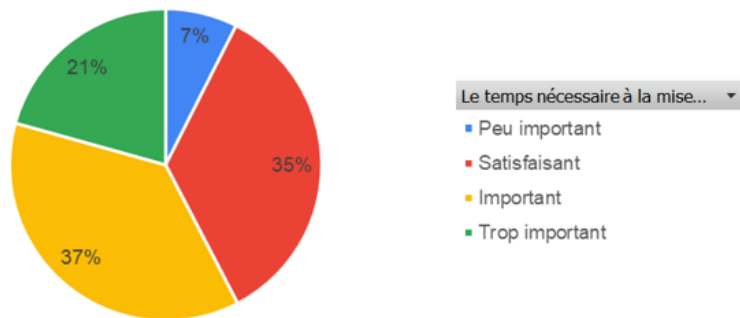
Médiane à 21 minutes 5 secondes

Estimation en minutes premier encodage

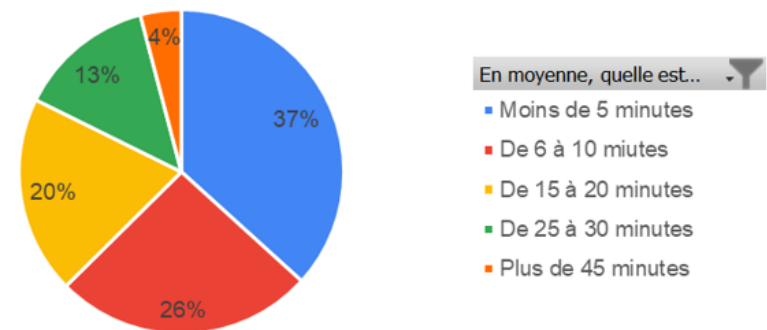


Temps pour actualiser les données

En moyenne, quelle est votre estimation du temps que prend la mise à jour des encodages au quotidien ?



Temps estimé de mise à jour des informations

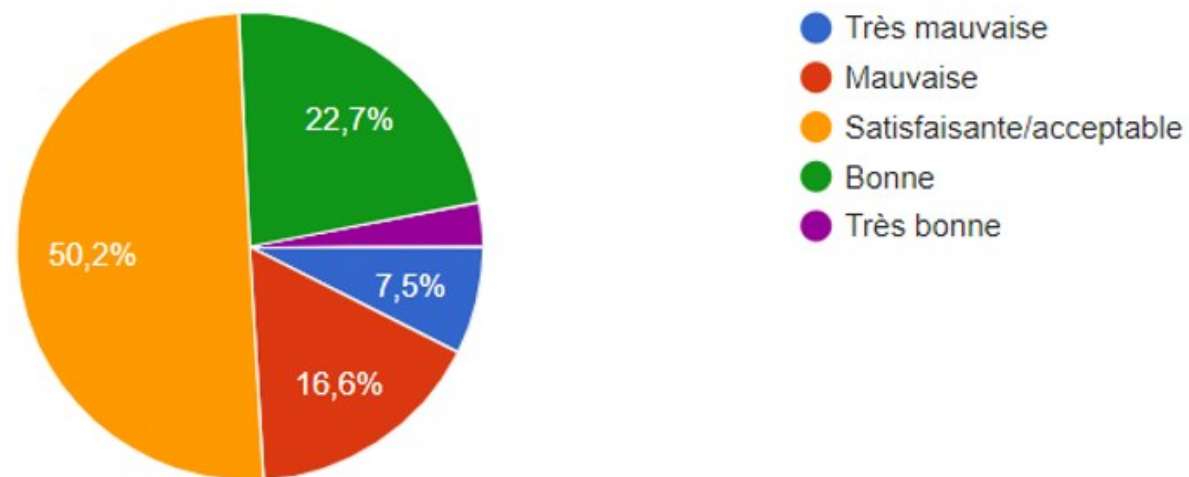


Médiane à 13 minutes 30 secondes

Convivialité de l'application

La convivialité de l'application (design, look, taille des champs...) est, selon vous :

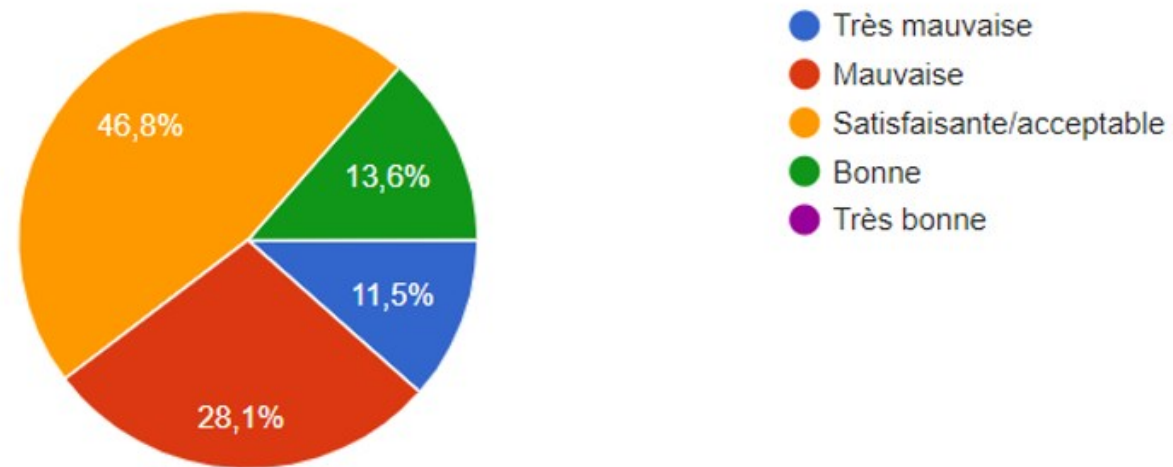
295 réponses



Ergonomie de l'application

L'ergonomie de l'application est, selon vous

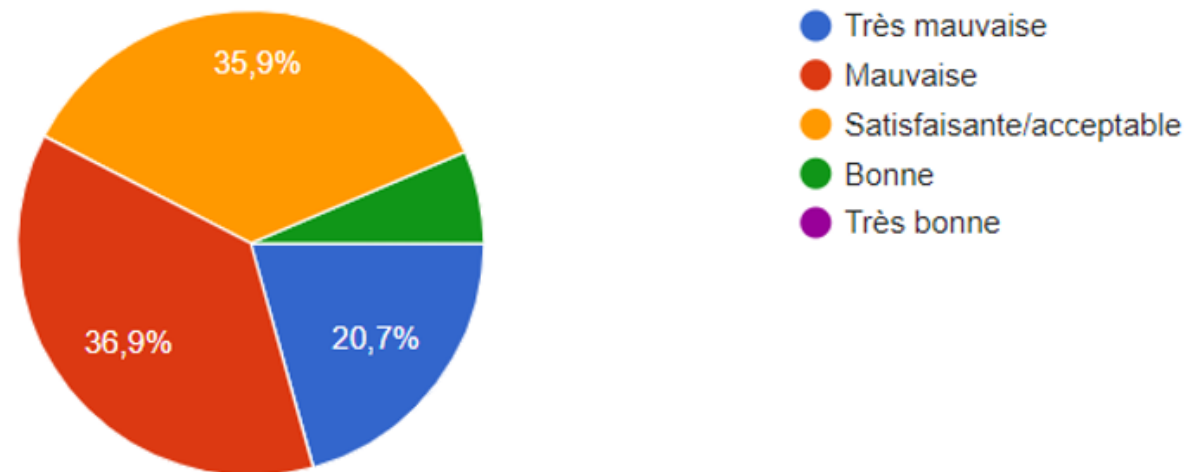
295 réponses



Rapidité de l'application

La Rapidité de l'application est selon vous

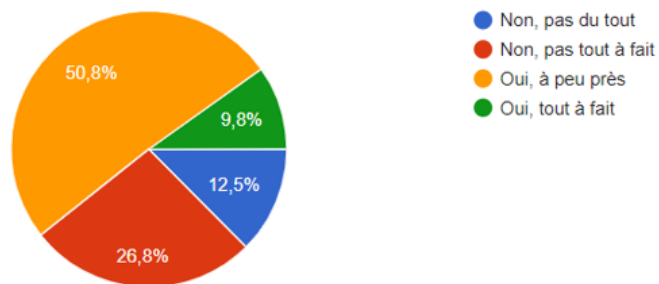
295 réponses



Exhaustivité de l'encodage – 69 commentaires

L'application permet-elle un encodage exhaustif des données?

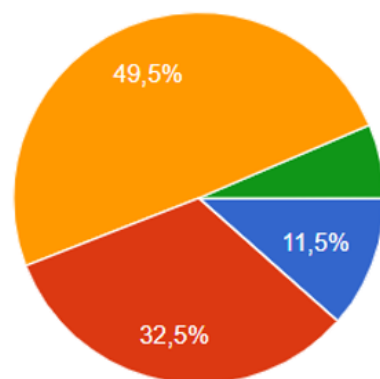
295 réponses



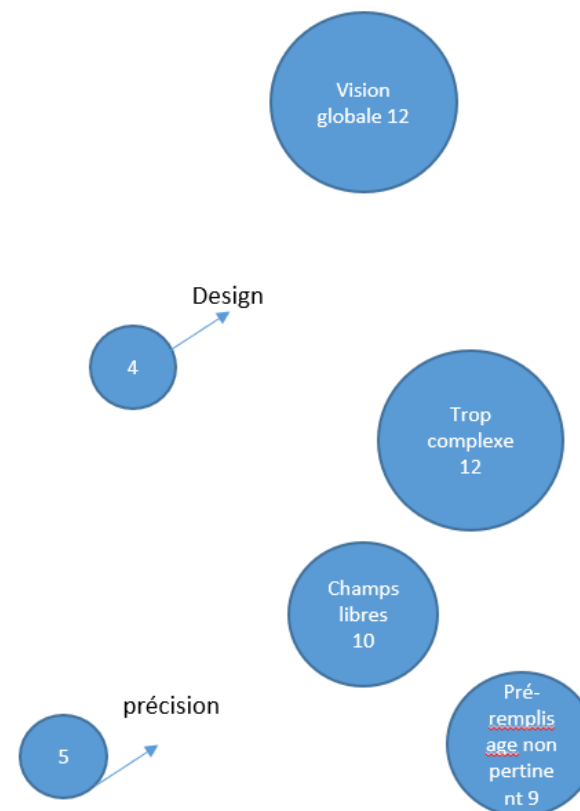
Pertinence de l'encodage – 58 commentaires

L'application permet-elle un encodage pertinent des données?

295 réponses

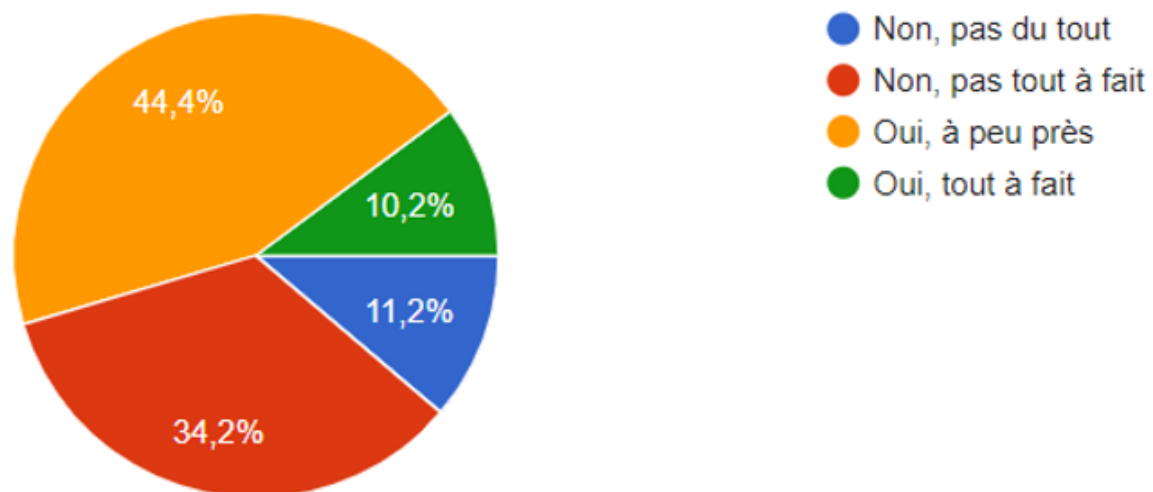


- Non, pas du tout
- Non, pas tout à fait
- Oui, à peu près
- Oui, tout à fait



L'application permet-elle une collecte exacte et précise?

295 réponses



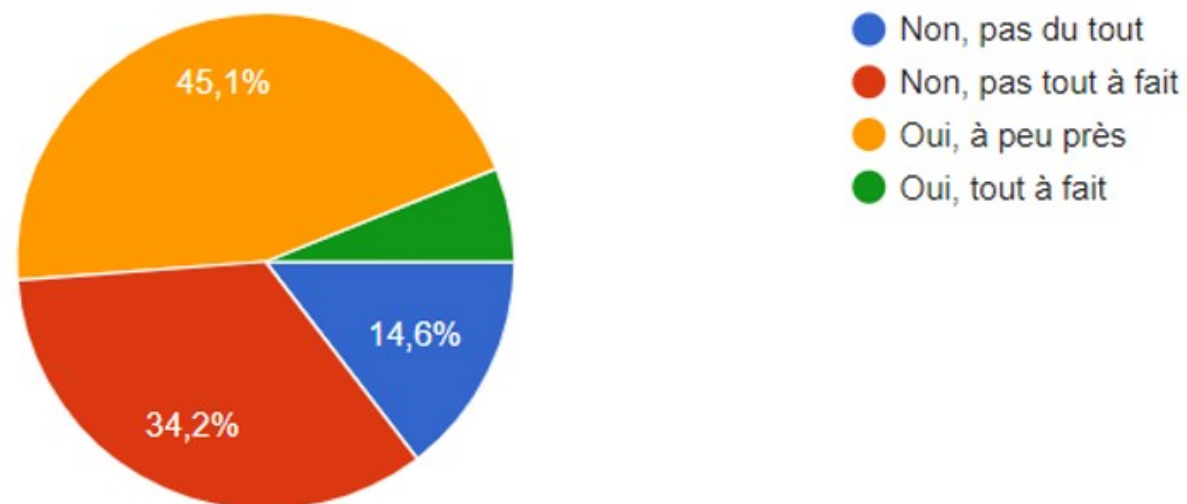
Commentaire éventuel

44 réponses

Impossible de prévoir l'administration d'une demi dose dans le plan de traitement	On arrive pas toujours à aller voir les observations des collègues
Quand l'application bug, on travaille à l'aveugle	Tout dépend des cas
Manque des données importantes à l'état du patients afin d'avoir une vue d'ensemble sur 1 seul onglet	Pas pr les médocs, les insulines et les prdts de soins utilisés
Difficile de trouver par ex quoi encoder dans l'anamnèse car vocabulaire élaboré	Encore faut-il qu'elle soit complétée par tout le monde!!!!
trop de blabla mais pas moyen d'arriver à l'essentiel	cf supra
Trop complexe, on a rarement le nom de la patho exacte. On pas les rapports médicaux et on doit se débrouiller avec les dire du patients. Mieux vaut parfois rien noter que qq chose de faux	Soins plaies non abouti du tout
Quand les infos ne disparaissent pas c'est correct, mais dans l'onglet soins de plaie, je trouve qu'on manque vraiment de visibilité	Le champs coché ne correspond pas exactement à la situation existante
Pas toujours possible de mettre des renseignements correctes selon le contexte du patients	Tout dépend des données encodées
Cfr remarque précédente	Pouvoir mettre un commentaire soi même concernant un soin ou un résultat ou infos
Il faut chercher dans le dossier.	La standardisation des champs ne permet justement pas de pouvoir noter tout. Il manque des données et ce serait trop compliqué de nommer tout ce qui manque car cela ne se voit qu'au jour le jour en fonction de ce qui doit être encodé
Trop standardisé à certains endroits	Trop de précisions tue l'information utile
Il faut toujours rentrer dans des cases et chaque cas est différent	Pas toujours le mot que l'on cherche
Peu complété par l'équipe	ON NE VOIT PAS CE QUI A ÉTÉ ENCODÉ AVANT
non car vu le peu d'ergonomie et de pertinence des champs, le personnel le fera à la va vite et ne percevra pas l'utilité du processus.	idem question précédente.
Trop et pas assez	Comme il n'y a pas de possibilité de noter des précisions spécifiques, on se retrouve avec des infos "à peu près" conformes à la situation rencontrée
Idem	Pas complété
La collecte se fait rarement au chevet du patient car cela prend trop de temps.	Oui mais le choix est compliqué. Ex: pth qui serait plus simple du pourquoi le patient demande des soins, le dossier exige un diagnostic trop précis dont le patient ne sait nous répondre.
Beaucoup de données à collecter dans des champs différents, beaucoup d'infos récoltables mais peu sont réellement pertinentes pour les soins	Il faut laisser plus de place à l'écrit avec possibilité d'effacer en cas d'erreur
Complet mais dans trop d'endroits différents	Difficile de faire rentrer tous les détails pour bien soigner un patient dans des champs standardisés
Oui mais il faut tellement ouvrir d'onglets qu'il y a pas de vue globale	Pas fiable, des infos qui ont été notées qui n'apparaissent plus au passage suivant!!!
Pas assez de champ libre justement !	Oui, il y a très souvent un emplacement prévu mais ????
Pas d'utilisation	Sauf élimination il y a que 3 passages rétroactifs

L'application permet-elle une collecte d'information exclusive?

295 réponses



Commentaire éventuel

38 réponses

Une même information (allergies) est reprise à deux endroits différents selon deux formes différentes

Onglet élimination est repris dans onglet constantes physiologiques mais onglet constantes permet une vue d'ensemble

Faudrait une page de resume ou on peut aller ajouter des coplements

Pour le suivi des selles par exemple, on peut le noter soit dans élimination, soit dans constantes physiologiques. Comme tout le monde ne fait pas la même chose, le suivi est faussé.

Une même infos peut etre encodé à plusieurs endroits

Trop d'encodage de date pour la synthèse des observations

Par exemple constante physiologique et patient diabétique

La même information se retrouve dans plusieurs onglets.

Pour les palliatifs, on doit remplir ce dossier et les constantes physiologiques

Non, obligation de répercuter la même information à plusieurs endroits. rien que pour l'incontinence (prévention, protection, plan de soins, ...) sans accès à une synthèse des soins lisible et accessible.

Idem précédente question

Plusieurs possibilités pour encoder la glycémie (patient diabétique et constante physiologique) ainsi que le traitement diabétique (dans patient diabétique et traitement médicamenteux).

Mais les données patients se melange donc rien de fiable

Constante physiologie fait doublon avec élimination et patient diabétique. Encoder médecin traitant à multiple reprise

Mais'pas pratique

Jamais employé

Élimination et soin de plaie...par exemple

Double emploi avec dossier papier

Tout dépend des cas

Il a moyen de remplir dans des champs différents ce qui implique que l'on ne sait plus où on doit aller pour chercher l'info.

mais cela provoque la perte de temps puisque chaque information doit venir dans un onglet différent et lors de la consultation des infos il faudrait également aller consulter chaque onglet.

C le +svt les constantes physio que j'utilise

Pas assez utilisé pour le juger

On rentre la raison à un endroit et il faut toujours la réencoder...

Selles dans 2 items

Pas toujours évident

Moins eures

Élimination dans constante physiologique aussi

La glycémie se retrouve à 2 endroits

Bcp de cheminement à accomplir

Cela empêche la prise en charge et la vision globale du patient

trop précis et complexe, trop détaillé

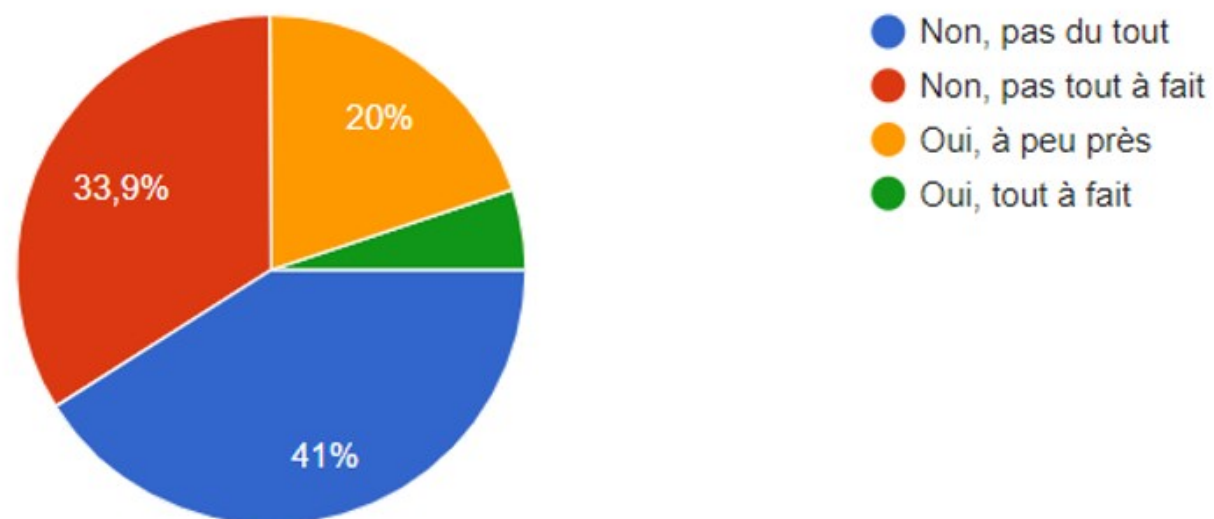
Pas complété

Aérosol dans respiration ou traitement ? Une injection ne devrait-elle pas se retrouver dans un traitement aussi ? idem pour l'insuline ?

Ex. Une insuline doit être reprise et dans le traitement médicamenteux et dans patient diabétique

L'application facilite-t-elle la communication entre collègues et/ou infirmier en chef/responsable?

295 réponses



Commentaire éventuel

72 réponses

Il eut été intéressant de développer un module de message interne entre prestataires au sein de la solution	Les dossiers sont peu complétés dans l'ensemble.
Trop de bug, l'information ne passe pas	Si j'ai une tournée le matin, je ne sais pas ouvrir les dossiers de ma tournée du soir, pas d'endroit pour laisser un message à la collègue suivante, ou si j'ai une info quelquepart, comment peut-elle savoir derrière quelle fenêtre il y a une info à lire ?
Pour autant que les collègues notent leurs observations (ce qui est fréquemment le cas), on ne peut pas voir plus loin que 48h, hors c'est embêtant lorsque l'on revient de plus de 48h de congé	Il est tentant de ne plus se téléphoner
Oui par paradoxe puisque pas au top plus d'appels entre nous	Si cela fonctionne
Nous devons nous envoyer des rapports 2x J car certaines collègues ne cherchent pas l'information	Dossier trop fastidieux à utiliser donc bcp baisse les bras à l'utiliser...aucune confiance
au contraire, les infos sont maintenant transmises par mail	Aucune vue d'ensemble pour ma collègue qui reprend la tournée le lendemain
La communication orale est privilégiée vu le risque important de ne pas savoir ouvrir le dossier problème synchro) L'IC n'a pas accès à tous les items sur ordi du bureau	Il n'y a aucun signe pour attirer l'attention de la collègue qui doit ouvrir pas mal d'onglets pour avoir les renseignements
Si bonne remise de service, je ne consulte pas le die	Les observations disparaissent!
Beaucoup ne lisent pas	Pas assez complète par tout le monde point positif et très facile échelle de catz
On a pas de temps pour lire comme on a pas du temps.	Bien
Certaine personne ne lit les dossiers	Trop d'infos à la fois ne nous permet pas d'avoir une vue globale des soins à faire et donc on perd bcp de temps trop de manipulation à retenir
On ne regarde pas tous les onglets lorsqu'on va chez un patient (trop long)	Trop de souci de perte de donnée et pas tjrs possible de visualiser ce que la collègue a encodé
Une application ne remplacera jamais une communication verbale	Oui puisque les informations ne sont pas claires sur la tablette
Personne ne va voir ce que la collègue a noté	Rien de tel que la communication verbale
Trop de couloirs différents, avec des tous imprévisibles (diabète, pansements, traitements), pas de signalétique pour attirer l'attention sur les messages importants, trop de mots tous faits incontournables dans le système...rien à voir avec le trait en fluo sur des éléments importants qu'on mettait sur le triptyque, visible en 2 minutes ds un univers qui adore la rentabilité !	On n'est jamais sûr de l'apparition des données introduites
Si c'est rempli correctement ça peut aider mais il faut trop chercher les infos	Peur de la perte d'information s car trop complexe
Manque un écran pour une vision globale du patient	Bcp plus d'observation sur le dossier papier car beaucoup plus rapide et plus simple d'utilisation.
Si on va à synthèse des informations, il faut prendre un cheminement semé d'informations, pour somme toute donner juste une information...	On ne sait pas lire les informations que l'autre collègue a mis dans le die
Encore une fois manque d'ergonomie et de lisibilité du logiciel.	Non dans le sens où une info urgente sur un patient de la liste devrait être mise en alerte au niveau de son nom pour cela une appli avec la possibilité d'accéder aux tablettes des collègues est nécessaire
Il faut donner des explications plus ciblées	Il n'y a pas d'alertes / aucun visuel clair pour nous permettre de voir les différents problèmes et anamnèse chez le patient.
Très peu de collègues vont y jeter un œil.....c'est par le verbal qu'on transmet les informations	Information à peu près mais pas assez de communication et visualisation
	réseau mauvaise qualité. perte de données. encodage absent

Par email

Le coup de fil est nécessaire. Il faut ouvrir trop d'onglet pour obtenir l'information utile et parfois l'information n'est pas introduite.

Il y a des communications qui disparaissent

Quand on n'arrive pas à enregistrer ou de noter une analyse, la suite n'a pas l'info et on ne sait plus retourner en arrière pour noter

Où si on pouvait le faire toutes

Trop de temps pour aller visualiser les différents tableaux, quand on sait les ouvrir!

Trop compliqué de noter une simple information, personne ne va voir les observations notées car ça ne saute pas aux yeux quand il y en a une. Avant, sur le dossier papier, on l'ouvrait et on voyait directement si un commentaire avait été noté les jours précédents.

ON NE PEUT PAS LAISSER DES NOTES SIMPLES ENTRE NOUS
IL FAUT PASSER PAR MESSAGE TABLETTE OU FAIRE DES OBSERVATIONS

Sans rapport entre nous par mail aucune info ne circule ..., on ne regarde même plus le dossier contrairement au dossier papier

Les diés ne sont remplies complètement par manque de temps et la communication se fait oralement

On ne voit pas le commentaire

Comme je l'ai cité plus haut, on ne sait pas tous les jours voir l'historique des données encodées

Informations pas facilement visibles

Catastrophique

Rien de tel que l'échange verbal

Si on remplit les onglets?

Utilisation trop complexe et donc très peu voir pas du tout utilisée et la communication s'en trouve très diminuée.

Comme il faut chercher l'info et qu'on ne sait pas où la trouver... perte de temps et abandon, ça va plus vite de faire un mail complet de la situation

Avant on se téléphonait beaucoup maintenant on note dans le dossier et la collègue ne retrouve pas l'information

Pas complété

On n'arrive pas à enregistrer le dossier pansement, dossier médicaments trop long

C'est tout l'inverse, double travail..

Heureusement qu'il y a les GSM et les boîtes mails pour communiquer.

Les informations sont parfois difficiles à transmettre par le dossier. La communication verbale ou par écrit reste indispensable. Dans le traitement médicamenteux, j'ai eu plusieurs fois disparition des données ou encore des médicaments qui apparaissent toujours alors que j'ai stoppé le traitement (qd chgt de dosage) Idem pour des TA. C'est un gros problème et grave problème !!!!

Certains champs que l'on ne peut remplir, d'où l'utilisation d'un dossier papier

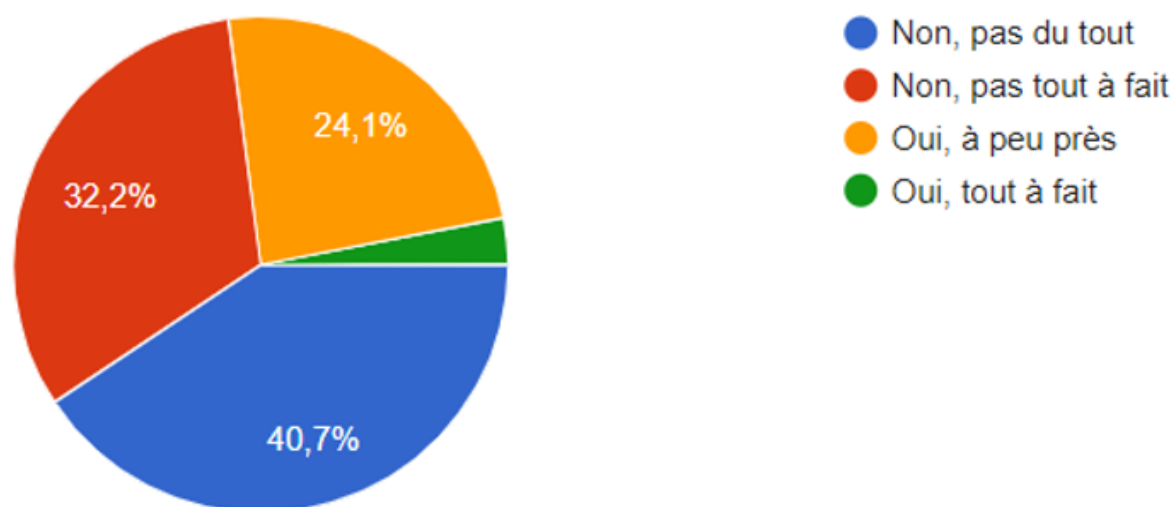
On ne prend pas la peine d'ouvrir le dossier

Les communications n'apparaissent pas ou disparaissent ou sont erronées. Le carnet de coordination permet une meilleure vue d'ensemble des remarques faites par les collègues. Et j'aime bien de téléphoner à mes collègues pour avoir des renseignements précis.

La coordination est rendue plus difficile entre collègues

L'application permet-elle de distinguer/accéder rapidement à l'information importante/critique concernant la situation du patient?

295 réponses



Commentaire éventuel

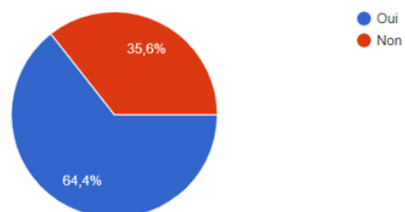
56 réponses

Idem	Si c'est complété, oui.
Manque d'une vue synthétisant l'information. Nombreux clics nécessaire pour passer en revue le contenu du dossier	Les informations ne sont pas souvent mises à jour
Il faut ouvrir trop d onglets	Si je voeux etre sur que ma collegue aura le message je dois lui telephoner ou faire un mail
Pour avoir une visualisation des patients, il faut aller d un onglet à l autre, entrer et sortir de l onglet, collecte globale trop longue quand plusieurs soins par patient et pour plusieurs patients moins connus.	Trop de détails qui ne sont donc pas remplis
Quand le champ est rempli	Tj besoins de rapport simple et allant à l'essentiel surtout pour les volantes car passe trop de temp passer sur tablette sans travail reconnu
Peu de collègues inscrivent leurs remarques	Idem question précédant
J apprécie mais trop de choix, pas le temps de chercher dans tous les onglets donc utilisation des principaux. Gains de temps pour certains et perte pour d autres. Je complète souvent anamnese, soins de plaie, .. après ma tournée sans compter les heures...	Pas de signal à voir des l'ouverture du dossier
il n,y a pas de visibilité des infos importantes sans ouvrir tous les onglets	Comme dit précédemment on doit aller ds bcp trop de case différente pour avoir une info globale pas le temps d aller ds chaque items et de plus pas tj complète encore une fois une page avec les infos pertinent mériterais d avoir sa place
Les informations disparaissent trop souvent	Trop de temps pour tout aller voir et souvent les données n'apparaissent pas
Trop de choses a ouvrir avang c obtenir l info	Tout dépend la connexion
Il faudrait un dossier récapitulatif de toute la situation d'un patient plutôt que de cliquer sur chaque onglet	Comme le die n'est pas au top , que cela prend du temps, certains dossiers ne sont pas completer en temps et en heure, parfois pas du tout
Car avec souci de réseau et synchronisation cela n'est pas toujours facile d' y accéder	Trop de temps perdu, de bug, de perte de donnees retrouvées si synchronisation qui peu prendre 10 voir 15 minutes en fonction de l endroit ou on se situe
Tout le dossier n'est pas encore exploité	Il faut aller fouiller pour récolter les données importantes....cela devrait apparaître plus nettement et plus clairement
C'était plus clair pour voir en papier.	Pas toujours remplis
nous avons échappé de peu à une obstruction intestinale pour un de nos patients	Pas toujours
Trop de bugs informatiques	On ne regarde pas tous les onglets tous les jours.....il faudrait un onglet remarque urgente. ?
Il faut trop chercher dans les item pour avoir une vision globale du patient.	Non car pour le moment nous n'encodons que très peu d'informations dans l'application. Mais si on le faisait elle le permettrait
Synthèse des observations est mal conçu et donc peu utilise	Quand une nouvelle donnée a été encodée cela devrait être visible
Vu le manque de temps, on ne prend pas le temps de rentrer dans tous llesonglets	Quand ça fonctionne
Il serait intéressant d ajouter une remarque à côté du nom signaler une note importante	C'est ce qu'il manque , un onglet pr signaler une information importante ou un problème
Idem, trop compliqué	
On ne va pas consulter,en cas de soucis,on dégage son téléphone...et puis actuellement,les onglets ne sont pas remplis, donc pas encore pris cette habitude	

Il faudrait peut être 1 résumé
D'où l'idée de créer un onglet qui résume
Il manque une vue d'ensemble des 7 derniers jours
Ça dépend si l'application fonctionne bien et si l'infirmier prend le temps d'encoder ces données, ce qui n'est pas toujours le cas!
Compiqué
Rien
voir questions précédentes
On ne sait pas où se trouve l'info importante!!!
Souvent le néant
Nos observations devraient être libre et non faire des choix qui ne représente pas toujours le profil patient et prend tu temps à dérouler les choix.
Amélioration visuelle pour attirer l'attention
Manque de données soit pas encodées soit perdues
Non. Je dois aller dans les différents onglets et cela prend du temps. Les informations sont trop dispersées.

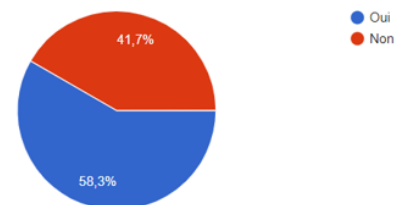
Le temps de formation à l'application a-t'il été suffisant selon vous?

295 réponses



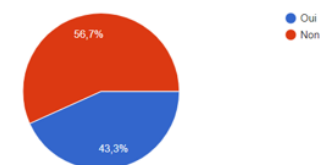
Connaissez-vous le "Manuel d'utilisateur du Dossier Infirmier Electronique"?

295 réponses



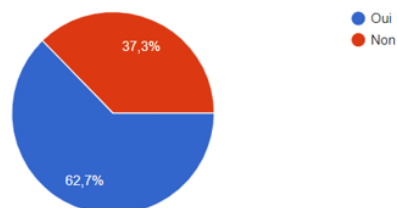
Connaissez-vous la procédure de transmission des problèmes.bugs du DIE?

289 réponses



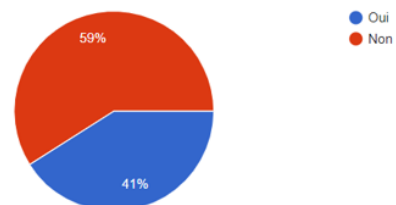
L'accompagnement à l'utilisation du DIE (après la formation) a-t'il été celui attendu ?

295 réponses



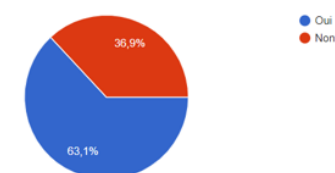
Connaissez-vous le "chemin d'accès" pour télécharger le dit manuel?

295 réponses



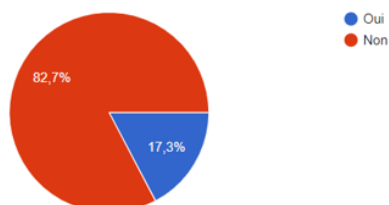
Savez-vous facilement identifier quel onglet consulter pour rechercher une information particulière?

295 réponses



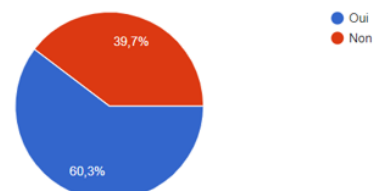
Utilisez-vous le dit Manuel?

295 réponses



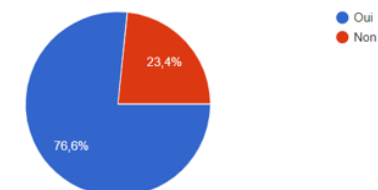
Lorsque vous avez une nouvelle donnée x à encoder, savez-vous facilement identifier quel onglet utiliser pour ce faire?

295 réponses



En cas de problème/bugs du DIE, connaissez-vous la personne de référence à qui vous adresser?

295 réponses



Commentaires sur la formation et les bugs disponibles :

Si non, pouvez-vous préciser, formuler des commentaires?

84 réponses

J'étais en maladie	Toutes les fonctionnalités n'était pas disponible au moment de la formation. Pris un cas au hasard pour apprendre a ouvrir quelques fenetres mais pas tout ouvert, les responsable on demandé qu'on joue a ouvrir tout chez nous pour voir ce qu'il y a. La pratique est la meilleure formation, mais l'inefficacité et la perte de données freine l'utilisation
Pour les détails de certains soins il faut être curieux et beaucoup chipoter pour découvrir certaines fonctionnalités	Je dois chipoter après ma journée pour compléter,. U le manque de temps et les tournées trop chargees
Compréhension incertaine des formateurs, manque de pratique à la manipulation avant d'être livré à nous-même pour remplir selon soin.	Trop long pas rapide
Trop compliquer sur le terrain	Trop de temps écoulé entre la formation et l'utilisation réel
On n'a pas eu le temps nécessaire pour des exercices pratiques	trop de choses compliquées et inutiles dans les onglets, il faut aller plus à l'essentiel
Trop complexe	Pas assez détaillé
Formation nécessaire pour utiliser toutes les fonctions	J'ai eu la grosse formation
Pas vu en détails	Il n'y a pas que le temps de formation qui fait défaut, je pense qu'on a appris ce qu'il fallait, mais surtout le fait qu'on ne voit pas de conséquences positives à utiliser le DIE, ce n'est aujourd'hui qu'une perte de temps 🙄
Je pensais que oui en sortant de la formation, mais sur le terrain...	Beaucoup de page à aller voir pour chaque soins dur à tout retenir
En sortant de la formation, je pensais oui mais sur le terrain...	la formation aurait dû se faire en plusieurs fois, avec l'occasion entre temps de se familiariser à l'application, de pas assez concret, il manque des details par rapport a certaine page
Car pour des patients avec de lourdes pathologie il y a toujours des données qui sont importantes mais que l'on ne spécifie pas spécialement	On a pas tout vu et reçu comme explication
il faudrait au moins 1 jour pour tester utiliser et comprendre toutes les fonctionnalités, même les chefs sont parfois perdu	On devait l'employer pour pouvoir comprendre, les formateurs très disponible et très présents et voulant nous aider au mieux rien à leur reprocher
Même pas 45' pr une formation sommaire	Trop rapide
Il n'y a pas de formation, j'ai appris par moi-même.	Il aurait fallu une ou plusieurs réunions après la mise en route après 1 mois d'utilisation puis 2 mois jusqu'à une compréhension complète
Le plus facile est de chipoter soit même et d'apprendre sur le tas	Car dossier informatisé non abouti donc présentation succincte et abrégée
Peu de temps pour les explications tout en bref...	Tres difficile pour moi
La transition à été trop rapide!	Il est trop court et manque de question réponse
Trop complexe et pas encore très au point, car souvent peu de données sur la tablette car pas possible d'encoder ce que l'on veut	On a appris à remplir l'anamnèse point lors de l'encodage pas de formation ou la façon rapide d'aller vers des infos
On a juste survoler le programme.	Écartement je n'ai pas eu de formation complète
Trop vite donner (items la pas vous en tracassé)	Lors de la formation différents onglets n'étaient pas fini... comment c'est possible de bien former des personnes sur un outil non terminé?
vu la lourdeur du logiciel, il est irréaliste de croire que 6h de formation suffiront	
Non car les personnes qui devaient nous donner l'info n'étaient elles-mêmes pas formées suffisamment. En plus nous avions des gros problèmes de connexion internet	

Trop grand groupe, des tablettes qui ne se connectent pas mais pdt ce tps la formation continue, les formateurs coïncident longtemps chez une personne....	Trop d'onglet trop d'informations à différents endroits
Tout dépend de ce que nous sachions déjà utiliser en privé, smartphone.....différence entre générations	on a pas eu assez de temps fait sur une réunion ou tout le monde parlait pas très efficace on aurait du faire ça en petit groupe.
Insuffisante	NOUS SOMMES PARTIS SUR BASE DE SITUATION MAIS NOUS ETIONS LIMITES PAR LE TEMPS ET ON NE POUVAIT PAS TRAVAILLER DANS LE REEL
Domage qu'on ait reçu toutes les info en même temps plutôt que d'y aller progressivement.....ce qui nous aurait permis d'adopter plus facilement le programme et de compléter surtout tout le dii pour tous les patients	Compliciter à utiliser, trop de porte à ouvrir des onglets et qd erreur recommencer l'opération
Encoder une 1ère fois nouveau patient, ajouter des données concernant nouveaux soins chez le patient...	Revoir la formation et/ou compléter info
Nederlandstalig opleiding is noodzakelijk	il me faudrait beaucoup plus de temps car pas facile avec l'informatique
On m'a simplement expliqué comment confirmer une visite, j'ai dû chipoter moi-même dans le programme pour le découvrir	Donne en réunion, mais sans structure. Nombreuses digressions n'allant pas à l'essentiel. En 1h c'était plié, y compris les digressions.
Pas eu assez de précision de temps	Au lieu d'apprendre onglet par onglet (+ long certes mais + digeste pour ceux qui ne sont pas des pros d'informatique) et donc de bien s'approprier chaque élément, tous nous a été balancé en un bloc, donc tout n'a pas été vu et le reste survolé, donc complètement inefficace
En tant qu'aide soignante pas beaucoup de choses pour nous mais presque exclusivement info en formation séparer les 2 métiers pour aller à l'essentiel	Trop compliqué pour si peu de temps de formation
Je n'ai pas eu de formation tablette juste des explications d'emploi	Je suis revenue après un écartement et c'est surtout mes collègues qui m'ont expliqué le fonctionnement. Pas assez d'explications de cas concret
Je suis infirmière et je n'y me retrouve pas très bien avec ces joujoux informatique	Personne ne s'est demandé quel était le niveau de connaissance en informatique des futurs utilisateurs. Une mise à niveau aurait été judicieuse.
Pas eu les infos	Il faudrait peut-être refaire une mise à jour puisque cela ne fonctionne pas
Pour une bonne prise en main du DIE, ça nécessite beaucoup de temps, les 6h de formations ne suffisent pas. C'est sur le terrain que l'on a des "cas pratiques" et qui font perdre beaucoup de temps au début.	Lors de la formation, le DIE a été abordé avec des situations trop complexes. Il aurait été préférable de partir de situations basiques et aller progressivement vers des situations complexes et pourquoi pas le faire en 2 après-midi avec un cas à préparer chez nous. Nous aurions pu poser les questions "en connaissance de cause". De plus, trop de choses n'allaient pas lors de cette formation. Le DIE n'est pas fonctionnel actuellement sauf si changement mais le chef nous demande de ne pas perdre du temps. Là aussi, il y a un problème car je pense qu'il faut savoir en perdre pour en gagner mais comme nous recevons chaque jour le temps prévisionnel de la tournée, plusieurs membres du personnel préfèrent ne plus le dépasser au risque qu'il ne soit pas compté !!!
Ce n'est pas en 1 ou 2 apm qu'on a la "main" pour tout encoder surtout quand on n'est pas pro informatique	Formation assez vague
Nous avons besoin de mise à niveau régulière et non pas 1 seule formation avant l'utilisation. Pas eu de feedback	Avant de faire la formation, il aurait fallu que le die soit totalement fonctionnel. Vu les difficultés rencontrées lors de l'utilisation du DIE, je ne me suis pas encore familiarisée avec l'outil et puisqu'il ne fonctionne que pour certains onglets et que cela prend un temps fou, je l'utilise peu.
Trop rapide, pas assez d'explications	trop grand groupe lors de la formation
Manque de temps pour apprivoiser le DIE	Pas assez long
Plus d'exercice de mise en situation	
2 après-midi, c'est trop peu. Pas possible de manipuler tous les onglets et puis ceux-ci sont décourageant	
Trop d'info	
Vu la complexité, pas pu voir tous les items en profondeur	

Commentaires finaux concernant l'application en général:

Commentaires :

100 réponses

Beaucoup de problèmes de synchronisation dans les milieux ruraux auquel il n'y a pas forcément de 3 ou 4 g ou voir certains villages pas de réseau du tout, donc le dossier ne se charge pas correctement et manque d'informations enregistrées dans les tournées précédentes

Le soucis reste le temps pour moi et les bugs permanents

Merci, nous devons tous nous adapter à l'évolution de notre métier et cet instrument me convient. Juste soucis lecture des cartes

Je ne l'utilise plus...

Je travaille depuis 6 semaines seulement!

C'est un outil plus que très très bien pensé et agréable pour ma part à remplir mais il faut avoir le temps et un bon réseau.....
2 choses que nous n'avons malheureusement pas
Il faut absolument simplifier ce dossier car les infis ne prennent le temps de remplir correctement.

Je suis vraiment désolée de mes réponses négatives. Je suis complètement à l'ouest pour la tablette, le dossier, les manipulations... Je suis convaincue que c'est un très bon outil de travail. Pour que vous vous rendiez compte de mon inaptitude, je suis tjs en gsm à touches dans le privé... Bien à vous

Désolée de mon pessimisme mais je suis tjs au temps du gsm à touches, j'ai de énormes difficultés à évoluer avec mon temps

Si j'avais une tablette plus efficace les encodages seraient plus agréables!!!!!!

J'espère que ce questionnaire apportera des réponses aux différents questionnements posés

Il existe des solutions informatiques prêtes à l'emploi, des sociétés privées avec un vrai service après-vente qui pourrait facilement proposer une solution et éviterait à la fois et aux ASD de continuer à perdre son temps et surtout beaucoup d'argent

Programme nul.

un peu trop complet et certains onglets bloquants

Il faut bien se mettre au goût du jour!!!! Le temps nous manque puisque les tournées sont très chargées. Si on veut être en ordre dans les dossiers, il faut svt le faire après journée. Ce n'est pas normal!! C'est bien plus simple de le faire au moment du premier passage quelque soit l'infirmier qui commence. Ce que personnellement je m'efforce de faire en collaboration avec une autre collègue qui gère la tournée. Il y en a qui le font et pas d'autres!!! alors bonjour l'encodage des informations.

RIP :-)

C'est en utilisant le dossier qu'on se perfectionne... il faut le temps

L'outil n'est pas au top et certaines collègues ne l'utilisent pas (c'était déjà pareil avec le dossier papier) donc

On aurait besoin d'une nouvelle formation et surtout savoir quels items doit-on utiliser

Merci de prendre en compte le peu d'utilisation du programme et il est vrai qu'on a pas insisté pour l'utiliser vu que c'est fastidieux et que même pour une prise en charge d'une toilette on ne sait déjà pas encoder correctement le soin

Je travaille depuis 30 ans et à partir d'un certain âge il est difficile de s'adapter à des nouveautés surtout dans les nouvelles technologies informatiques, cela est très stressant

Je pense qu'il est irresponsable en tant que cadre de continuer avec un logiciel pareil. Ce n'est ni fonctionnel ni professionnel. Il faut gérer son budget en bon père de famille et pas jeter l'argent par les fenêtres.

DE pas performant, il faut absolument le simplifier, et donner plus de place à l'écriture libre. (C'est mon avis)

En cas de soucis, je contacte Sabrina Degueldre qui m'a toujours bien aidée pour cela... c'est pour cela que je n'ai jamais consulté autre chose que le manuel reçu à la formation ou téléphoné à Sabrina pour une aide....

Le DIE est un bel outil qui doit être revu afin d'optimiser son potentiel. Pourquoi ne pas reprendre un DIE existant et l'adapter à l'ASD ?
Bonne réflexion !

Les infirmières auraient dû être consultées pour l'élaboration du DIE

Retour au dossier papier pour la sécurité de nos patients !!! Même si je m'en doute que ce n'est pas envisageable

Vocabulaire informatique trop technique, le dossier n'est pas fiable, le support papier est indispensable, permet de voir et transmettre l'info et peut être vu par le médecin

Trop de détails, svt des bugs niveau schéma d'insuline, d'ou l'utilisation du papier

Faire les dossiers simple, rapide et clair en relation avec les infis sur le terrain car nous avons l'impression d'être plus sur la tablette que s'occuper de nos patients qui est notre premier rôle

J'ai utilisé le die pendant de nombreux mois, à ce jour je ne le complète plus par manque de temps (rentabilité imposée). J'ai perdu l'envie car l'outil n'est pas adapté et intuitif il n'est pas résumé. Le domicile ne permet pas le temps de le consulter comme il doit l'être pour le comprendre. J'ai transmis bcp de bug je n'ai jamais vu une amélioration. Avant une grave erreur de soins, il est plus que temps de revenir au dossier papier et revoir le contenu du die...

DIE à revoir..

La tablette peut être un outil de travail pratique mais ici pas tout à fait au point beaucoup de données inutiles à mon sens, les informations se perdent souvent

Certaines données prennent tellement de temps à introduire que finalement, j'abandonne et comme des données disparaissent, on finit par ne plus prendre la peine de compléter les onglets.

Peu mieux faire et faire simple	logique et complet). Il faudrait le dossier papier en plus complet (urines, selles,...).
Je pense que c est un belle outils très complet mais pas adapté au terrain	Temps administratif perdu et moins de suivi au détriment des patients , rajoute de fatigue nerveuse
Désolée pour les réponses très négatives, mais je n'utilise pas ce DIE, à part pour encoder des échelles de Katz. Je trouve inutile le double emploi avec le dossier papier, et donc une perte de temps, temps que je préfère utiliser pour le patient.	coûteux, trop de temps, transmissions collègues obsolètes. ...
Le dossier est loin d'être au point	Merci
Formation plus récente car beaucoup à retenir	Peut-être donner plus d'informations concernant la manipulation du DIE
Par moment je perds énormément de temps car à plusieurs reprises ma tablette s'éteint , se bloque, se coupe....	Peut être super si bien utilisé
Dans l'ensemble, le DIE n' est pas très compliqué à utiliser mais il est parfois très fastidieux à remplir au chevet du patient car manque de temps pour le remplir correctement. Il n'y est pas non plus toujours adapté aux soins prodigués : manque de place vide pour noter des remarques à textes libres.	Antwoorden zijn niet correct wegens termen die moeilijk te verstaan zijn voor nederlandstalig. Great nederlandstalig versie aub
merci à vous d'essayer de nous simplifier la vie	Une formation supplémentaire n est pas négligeable
Merci	C est vraiment très difficile d utiliser le die et on a pas le temps au domicile des patients
Die trop lourd qui prend trop de temps dans notre temps deja précieux pour nos patients	Grosse perte de temps au detrimment du patient....
Très bien ce questionnaire! Bonne initiative étant donné que c'est tout nouveau pour moi et nous pouvons nous	Ras
Die trop lourd qui prend trop de temps dans notre temps deja précieux pour nos patients	En ensemble je suis très satisfaite
Très bien ce questionnaire! Bonne initiative étant donné que c'est tout nouveau pour moi et nous pouvons nous exprimer à travers cela. Merci ! En espérant que cela règle les problèmes rencontres!	Les indications des bugs que l'ont a signalés, n'ont pas toujours été réellement pris en compte. C'était lié à " une mauvaise utilisation",.... C'est très fatigant d'entendre ce genre de choses alors que le problème n'est pas lié à l'utilisation mais à un système du DIE défaillant. Merci pour ce questionnaire, j'espère qu'il permettra de nous proposer un nouvel outil beaucoup plus simple à prendre en mains. Qu'il puisse nous permettre de gagner du temps et non pas d'en perdre comme c'était le cas (l'utilisation du DIE a été stoppé pour l'ASD du BW entre-temps). Bon boulot! ;-)
Dans l'onglet soins plaies il me semble qu'un schéma du corps humain serait pertinent pour localiser l'endroit de la ou des plaies.	Très bel outil mais dommage qu'il y ait autant d'imperfections, de problèmes... et surtout une non motivation du personnel pour essayer de l'utiliser au mieux.
Bel outil mais certains onglets devraient être plus "light ".nous n'avons utilisé que peu d'onglets donc difficile d'être pertinent pour certaines réponses.Vu le problème de disparition de données du traitement pour les pansements,par exemple j'ai vite été déçue par le temps investit à cet outil	Je préférerais toujours le dossier papier, on a plus une vision globale des informations
Ce produit me donne un stress continu et permanent. Ne pas savoir si mes observations seront lisibles par mes collègues est source permanente d'angoisse .	Vu la charge de travail élevée et les problèmes rencontrés jusqu'à présent problèmes avec les câbles avant avec les anciens lecteurs, problèmes de synchronisation actuellement, quand avons nous du temps pour remplir ces onglets et DIE ?
À aboutir car perte de temps pour tous et donc d'argent pour la société	Utilisation limitée par le manque de temps donc je pense que encore mal utilisé par beaucoup sur le terrain 😊
Une liste papier comme nous l'avions il y a qqes années et régulièrement mise à jour sur le nom tel de chaque responsable et les changements de personnels ou de fonction	Outil qui peut être intéressant mais difficultés pour l utiliser
Le die prend beaucoup de temps et les points importants n'apparaissent pas clairement comme sur un dossier papier	la lecture des carte d'identité reste problématique. Merci de nous donner la parole
Bonne chance, il y a encore de boulot avant que le DIE devienne un super outil (simlpe, pratique/pertinent,	Il pourrait y avoir plus de champ libre , les réponses toutes faites ne conviennent pas souvent.

Le dossier devrait être plus simple	Personnellement je préférerais les dossier papier pour
Une révision serait très bien veune, il faut aller à l'essentiel directement	Outil qui se pensait facile mais qui fait perdre pas mal de temps!!
je trouve que le format papier manque chez les patients au niveau des constantes physiologique (urine,selle...) car certaines données s'effacent dans l application a court ou a moyen terme et on ne s y retrouve plus(exemple surveillance des selles)	Je félicite l équipe qui nous a transmis la bonne utilisation du dossier informatique malgré sa complexité ainsi Jeffrey lobet qui est un passionné de l informatique et qui se démène pour nous trouver des solutions.
Le plus gros problème pour moi est le fait que je ne sais pas toujours voir l'historique des données. Est-Ce dû à un bug? et également, si on ajoute un patient, on doit le chercher hors tournée pour encoder ses données hors si l'on n'a pas de réseau, ce n'est pas réalisable et de plus, on y perd un temps fou!	Il faut revoir tout le concept et y aller étape par étape non pas avec votre groupe mais avec les infirmières de terrain!!!!
Katz génial, anamnèse à simplifier, pansement aussi, observation à garder et simplifier, diabète format papier, idem palliatif, carnet de coordination médecin papier pour noter nos observations	Je ne suis pas douée
Avec plaisir mais je suis très lente pour m'adapter et éprouvé pas mal de difficulté .. J'ai l'impression que cela prend beaucoup de temps car un peu de complication à toute la compréhension ...mais merci pour votre motivation à chercher à faciliter l'outil ..	Pour moi le DIE est complètement raté. La complexité, l'accès aux données, le nombre d'onglets sont les gros points noirs. Rien n'a été fait pour nous faciliter la tâche (sauf échelle de katz). Utiliser le DIE est une perte de temps considérable vu la charge de travail toujours plus conséquente. Les personnes qui ont réalisées ce programme auraient du collaborer avec les infirmières de terrain! Enfin il aurait été plus judicieux de reprendre la version papier pour l'adapter en version informatique. Pour moi c'est 1/10 . (Très bien pour échelle de katz) Bien à vous
Vive le papier ,le téléphone et les fax .	Bel outil, mais doit être adapté ainsi que la formation des futurs utilisateurs
JE PENSE QUE NOUS DEVONS TOUT FAIRE POUR RENDRE FONCTIONNEL NOTRE OUTIL VOIR SI PAS POSSIBLE FAIRE TOUT NOTRE POSSIBLE POUR NE PAS RETOURNER AUX DOSSIERS PAPIERS . SURTOUT MAINTENIR	Simplification de l'application serait bénéfique
Revoir le programme car ne se sent pas à l'aise avec l'informatique, panique	Je trouve que cet outil n'est pas pratique car il faut ouvrir une quantité importante d'onglets pour chaque personne si on veut travailler correctement
de manière générale, je pense que l'outil est très complet mais beaucoup trop long et complexe tel qu'il est à l'heure actuelle à utiliser dans le cadre des soins à domicile (cela prend trop de temps pour l'encodage, la lecture des données prend trop de temps) l'idée d'accéder à un résumé des derniers jours me semble très pratique. un peu comme avec l'utilisation des dossiers papier et cahier de transmission	Je suis déçue que chaque point exige une réponse; Évaluer un onglet qu'on ne connaît pas, est-ce normal ? Cela fausse la qualité du questionnaire ou du DIE. Je trouve que nous devrions avoir la possibilité de revenir en arrière qd nous ouvrons un onglet du DIE mais au contraire, pour aller plus loin, les données doivent être enregistrées. C'est très déroutant d'enregistrer des données qd nous hésitons. Ça nous empêche d'être curieux(se). Remarque : 20 minutes pour remplir ce questionnaire, est-ce le temps mis, en moyenne, par chaque infirmier(e) contentieux(se) d'amener quelque chose de positif c à d critique constructive à l'évaluation du DIE ? Dommage de ne pas avoir posé la question du temps consacré !
Je souhaite une version plus adaptée à notre travail sur le terrain, qui soit un outil de travail plutôt qu'une entrave à la prise en charge GLOBALE du patient et la transmission des infos, le tout donnant du SENS à notre travail et permettant de travailler avec compétence et sécurité pour tous	En tant que référent je suis assez déçue de l'utilisation du Die. Le contenu est bon et utile mais les nombreux bugs et rapidité sont très décevants d'où le manque d'intérêt et d'utilisation
Il faut faire avec mais ce n'est pas mon truc	Étant donné que je n'utilise qu'une partie du DIE, je pense que mes réponses ne sont pas totalement objectives, notamment pour le 3ème tableau.
La formation a été trop rapide et confuse. Quand question, pas reçu toujours de réponse. A force d'essayer avons trouvé certaines choses et on se les partage. Le règne de la débrouille. Outil précieux mais vraiment très mal utilisé.	À améliorer grandement ! Concevoir cet outil pour renforcer la coordination entre collègues (et non l'inverse). Rendre l'encodage et la consultation des informations plus faciles et rapides. Possibilité de modifier des informations dans tous les onglets . Plus de possibilités de textes libres. Moins de manipulations inutiles.
Dossier beaucoup trop long à remplir. Il est beaucoup plus simple de communiquer par mail avec ses collègues que de remplir les onglets. À part l'échelle de Katz pour les demandes de ts, rien ne donne envie de l'utiliser. Un support papier est indispensable chez le patient. Le nombre de fois où la tablette met 45 minutes pour synchroniser et donc aucun accès au dossier. À améliorer d'urgence si vous souhaitez une utilisation quotidienne!	Avec plaisir 😊
	Le DIE n'a sûrement pas été fait par une personne qui est sur le terrain !!

GUIDE DE BONNES PRATIQUES POUR L'IMPLÉMENTATION DE PROJETS

1. Point de vue de la Structure (le contexte)

1.1. Antécédents du système vis-à-vis de l'innovation

Bonnes pratiques

Déterminants structurels : Prise de décision décentralisée, en concertation avec chaque niveau hiérarchique. Un planning clair et précis mentionnant les livrables à des dates-clés doit être défini contractuellement dès le début du développement ainsi qu'une budgétisation. Ces éléments sont essentiels au bon pilotage de projets de grande envergure.

La capacité d'absorption de nouvelles connaissances de l'organisation : au niveau de la FASD, implication et prise de responsabilité accrues lors de sous-traitance. Au niveau des ASD, un leadership davantage proactif dans le partage de connaissances. Cela passe par une information plus fréquente et précise sur les différents projets en cours et leur état d'avancement tout au long de son développement ou de sa construction.

Contexte réceptif au changement : une implication plus forte, une participation plus conscientisée de la part des ASD dans la construction d'une vision stratégique commune.

1.2. L'ouverture à l'innovation du système

Bonnes pratiques

La tension au changement doit être rencontrée par les utilisateurs avant tout. Ce n'est que de cette façon que l'adéquation du changement par rapport au système sera rencontrée. La base opérationnelle doit être davantage impliquée au démarrage de tels projets.

Une évaluation anticipative de l'impact du changement doit être réalisée par des tests « grandeur nature » avant son implémentation.

1.3. Le contexte externe

Bonnes pratiques

La volonté d'être précurseur est noble mais il est important de ne pas brûler les étapes. Développer un outil comme le DIE, dans le respect des normes en vigueur et en ayant attention aux incitants financiers, doit s'opérer par étape afin de stabiliser le produit et d'avancer avec les utilisateurs en suivant leurs avis.

2. Point de vue du Processus

2.1. L'innovation

Bonnes pratiques

L'avantage relatif doit être mis davantage en lumière, expliqué par la hiérarchie et surtout doit aider les infirmiers à comprendre la nécessité de la transformation digitale.

Des tests grandeur nature doivent être réalisés dans chaque ASD, bien avant l'implémentation, afin d'appréhender et de, si possible, diminuer la complexité de l'innovation pour que celle-ci soit compatible un maximum avec les besoins, les normes et les valeurs de la base opérationnelle. Ces tests permettront d'évaluer et de corriger les connaissances nécessaires préalables à l'utilisation d'un logiciel et, par conséquent, d'équilibrer la balance « bénéfices-risques » et d'améliorer la performance des infirmiers qui est un des objectifs visés par la transformation digitale.

Le support technique doit être étoffé et plus présent. La mise en place d'un fichier partagé relevant les bugs et problème doit être instauré dès le début de l'implémentation de l'innovation, pour l'ensemble des ASD.

2.2. La diffusion et la dissémination

Bonnes pratiques

Le principe de formation « train the trainers » est certainement et visiblement efficace dans l'implémentation d'un logiciel. Il en sera d'autant plus efficace si les référents ou « trainers » se sont portés volontaires en connaissance de cause, sans contrainte.

Une formation plus longue, plus approfondie permettrait aux référents/trainers d'acquérir une parfaite maîtrise du logiciel afin d'être le plus à l'aise possible dans leur rôle de formateur et donc de « leader transformationnel ».

Le rôle de facilitation de la hiérarchie est également prédominant dans le processus d'intégration d'un logiciel en « donnant du temps » pour ce faire.

2.3. L'implémentation

Bonnes pratiques

Le soutien de la hiérarchie doit être plus visible pour le personnel de soins. La hiérarchie doit s'impliquer dès le début du projet pour pouvoir être consultée à tout moment lors de l'implémentation.

La formation doit être suffisamment longue pour que les référents acquièrent une parfaite maîtrise de l'outil. Des sessions de formation continuée pourraient pallier certaines lacunes. Le choix des référents doit se faire sur base volontaire et sur base de leur compétences informatiques et pédagogiques, éléments essentiels à la bonne transmission d'informations cruciales pour une utilisation optimale du logiciel.

Un feed-back structuré plus précis et à intervalles réguliers (en réunion d'équipe mensuelle par exemple) doit être mis en place afin que le personnel de soins encode les dossiers infirmiers de manière optimale et ce dans un objectif de qualité de jugement clinique et de prise en charge personnalisée du patient.

La possibilité d'adaptations doit avoir un timing précis pour ne pas laisser les utilisateurs dans le flou, contraints d'avancer avec leurs frustrations.

2.4. Des liens au stade de développement de l'innovation

Bonnes pratiques

La formule de groupes de travail d'infirmiers en ASD est certainement pertinente dans le cadre de la construction d'un outil qu'ils utiliseront eux-mêmes.

Les directions soins infirmiers doivent s'impliquer dans ce travail d'élaboration pour aboutir à un outil utilisable facilement par tous.

Le tout chapeauté par la direction soins infirmiers de la FASD et le responsable informatique en tant qu'expert technique qui pourra évaluer la faisabilité et l'ergonomie de l'application à chaque étape de la construction.

3. Point de vue transversal : Structure et Processus

En élaborant mes « outils de collecte des données » (donc de mes guides d'entretiens ci-annexés), il m'a semblé opportun d'aborder les thèmes de « l'adoption par les personnes » et le « rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe » sous les deux prismes (structure et processus) car, selon moi, chaque intervenant pouvait certainement m'apporter des éléments de réponses éclairants.

Pour le thème « l'adoption par les personnes », il y a deux niveaux : la FASD (y compris ses instances) et les ASD.

3.1. Adopter (= l'adoption par les personnes)

Bonnes pratiques

Une information systématisée en cours de développement du logiciel doit faire l'objet d'une communication envers la base opérationnelle afin de ne pas se sentir pris au dépourvu lors de l'implémentation. Cette communication doit comporter l'état d'avancement du projet, un timing pour l'implémentation et, surtout, la ou les raison(s) d'un tel changement.

Un accompagnement lors des formations de la hiérarchie est perçu comme soutenante de la part des utilisateurs. Une méthode et une planification des formations clairement définies consistent en la base d'un démarrage d'implémentation positif. Offrir du temps aux utilisateurs pour se familiariser avec l'application permet une maîtrise plus rapide et une diminution des résistances au changement.

Un feed-back structuré et systématisé envers le personnel de soins permettrait également de diminuer les résistances au changement et, par conséquent, une maîtrise plus rapide de l'application.

Le principe du fichier partagé est une bonne solution de communication ASD-FASD pour autant que les utilisateurs se donnent la peine de le compléter. Le mécanisme de communication par mail à lui seul est insuffisant car trop de mails relevant le même problème polluent la bonne communication

3.2. Rôle de l'agent du changement y compris l'agent du changement externe

Bonnes pratiques

Pour une gestion de projet de cette envergure plus efficace, les ASD doivent s'impliquer davantage dans le processus de développement et d'implémentation. Un contrôle et un arbitrage de part des ASD à chaque étape du développement permettrait de diminuer la complexité du DIE et, par conséquent, d'aboutir à une application plus ergonomique.

Les relations ASD-FASD doivent être sereines, soutenues par le réseau mutuelliste, empruntées de confiance et de dialogue pour permettre une implémentation dans des conditions optimales pour les utilisateurs.

L'agent de changement externe doit connaître et comprendre le contexte professionnel des infirmiers en ASD. Une implication de sa part dans le développement du projet, par des liens avec les développeurs et avec le soutien de sa hiérarchie et du service informatique, accroît sa crédibilité. Une bonne résistance au stress est également nécessaire dans ce contexte.

Les ressources techniques doivent être accessibles facilement et il est nécessaire d'anticiper le besoin d'helpdesk pour avoir suffisamment de ressources (humaines notamment).

Un travail d'équipe collaboratif de qualité en amont de l'implémentation est nécessaire pour préparer le « terrain ».

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp