

**Faculté de santé publique**

**Analyse des facteurs influençant  
l'adhésion à un projet dans une  
institution hospitalière : la mise en place  
du dossier patient informatisé au Centre  
Hospitalier de Wallonie Picarde.**

Mémoire réalisé par  
**Simon Dezoomer**

Promoteur(s)  
**Jean Macq**  
**Jacques Godart**

Année académique 2019-2020  
**Master en sciences de la santé publique, option Management et  
développement organisationnel ; coordination et réseau de soins**



**Faculté de santé publique**

**Analyse des facteurs influençant l'adhésion à un projet dans une institution hospitalière : la mise en place du dossier patient informatisé au Centre Hospitalier de Wallonie Picarde.**

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon promoteur de mémoire, Monsieur Jean MACQ. Je le remercie de m'avoir encadré, orienté, aidé et conseillé.

Je voudrais adresser toute ma reconnaissance à mon co-promoteur de mémoire, Monsieur Jacques GODARD, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à remercier spécialement mon parrain Amaro CARBAJAL, pour ses conseils et ses encouragements.

Un grand merci à Stéphane ALLARD pour ses conseils concernant mon style d'écriture, ils ont grandement facilité mon travail.

Enfin, je remercie mes amis, mes parents et ma compagne qui ont toujours été là pour moi. Leur soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

*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.*

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b><i>1re partie : le cadre conceptuel</i></b> .....	<b>11</b>
<b>1 Le dossier patient informatisé</b> .....	<b>11</b>
1.1 Qu'est-ce qu'un dossier patient intégré ?.....	11
1.2 Plan e-santé.....	14
1.3 Programme accélérateur.....	15
1.4 BMUC.....	16
<b>2 Le contexte de l'étude</b> .....	<b>18</b>
2.1 L'histoire du CHwapi.....	18
2.2 Le dossier patient au CHwapi.....	19
<b>3 La gestion de projet</b> .....	<b>22</b>
3.1 Méthodologie de projet PRINCE2.....	22
<b>4 Le changement</b> .....	<b>30</b>
4.1 Les cycles du changement : modèle instrumental.....	30
4.2 Les huit étapes du changement.....	32
4.3 Le changement Agile.....	33
<b>5 Adhésion et résistance à l'informatisation dans le secteur hospitalier</b> .....	<b>35</b>
<b>6 The Normalization Process Theory</b> .....	<b>40</b>
6.1 La cohérence.....	40
6.2 La participation cognitive.....	40
6.3 L'action collective.....	41
6.4 Le suivi réflexif.....	41
<b>7 Hypothèses de travail</b> .....	<b>43</b>
<b><i>2e partie : mesure de l'adhésion des collaborateurs au projet dossier patient du CHwapi</i></b> .....	<b>44</b>
<b>1 Base d'échantillonnage</b> .....	<b>44</b>
<b>2 Logique suivie dans la conception du questionnaire</b> .....	<b>45</b>
<b>3 Méthodologie d'analyse</b> .....	<b>46</b>

<b>3<sup>e</sup> partie : analyse des résultats</b> .....	<b>48</b>
<b>1 Généralités</b> .....	<b>50</b>
<b>2 La cohérence</b> .....	<b>51</b>
2.1 « Le dossier patient intégré est différent du précédent ».....	51
2.2 « L'ensemble des utilisateurs ont compris l'utilité du DPI » .....	52
2.3 « Le DPI modifie mon travail au quotidien ».....	52
2.4 « Le DPI m'aide dans mon travail » .....	53
<b>3 La participation cognitive</b> .....	<b>55</b>
3.1 « Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs ».....	55
3.2 « En tant que collaborateur, je me dois de participer au développement du DPI ».....	56
3.3 « Je réfléchis avec mes collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI » .....	57
3.4 « Je continuerai à soutenir la mise en place du nouveau DPI dans le futur ».....	57
<b>4 L'action collective</b> .....	<b>59</b>
4.1 « Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien » .....	59
4.2 « Le DPI perturbe mes relations (avec mes collègues ou avec les patients) dans mon travail ».....	61
4.3 « J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI ».....	61
4.4 « Chaque collaborateur a accès au DPI selon sa fonction » .....	62
4.5 « Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI ».....	63
4.6 « Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI. ».....	64
4.7 « La direction soutient le DPI » .....	65
<b>5 Le suivi réflexif</b> .....	<b>66</b>
5.1 « Je comprends les bénéfices du DPI pour les patients et les collaborateurs » .....	66
5.2 « L'ensemble des collaborateurs pense que le DPI est un atout ».....	67
5.3 « J'apprécie les bénéfices du DPI sur mon travail. » .....	68
5.4 « Mon avis sur le DPI peut être utilisé pour l'améliorer à l'avenir. » .....	68
5.5 « Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler ».....	70
<b>4<sup>e</sup> partie : discussion et conclusion</b> .....	<b>72</b>
<b>1 Discussion autour des résultats</b> .....	<b>72</b>

<b>2</b>	<b>La nature des changements .....</b>	<b>75</b>
<b>3</b>	<b>Plan d'action pour le futur déploiement DPI.....</b>	<b>77</b>
3.1	La supervision du changement.....	77
3.2	Axe 1 : la préparation.....	78
3.3	Axe 2 : la communication .....	82
3.4	Axe 3 : la formation et l'accompagnement .....	86
	<b><i>Conclusion .....</i></b>	<b>93</b>
	<b><i>Bibliographie .....</i></b>	<b>97</b>
	<b><i>Annexes n°1 : Critères BMUC 2020.....</i></b>	<b>101</b>
	<b><i>Annexe n°2 : Synthèse de l'influence de toutes les variables externes appliquées au TAM .....</i></b>	<b>104</b>
	<b><i>Annexe n°3 : questionnaire .....</i></b>	<b>105</b>
	<b><i>Annexe n°4 : Plan de communication d'un projet : résumé des 7 étapes (SPF P&amp;O, 2016).....</i></b>	<b>109</b>



## Introduction

Les avancées technologiques modifient en permanence nos habitudes qu'elles soient privées ou professionnelles, la technologie intègre de plus en plus nos foyers et nos entreprises modifiant nos interactions avec nos collègues, mais aussi avec nos clients. Le milieu hospitalier n'est pas épargné par ces changements, la montée en puissance de la digitalisation est exponentielle. Qui est aujourd'hui capable de prédire ce qui équipera nos institutions hospitalières dans quinze ans ? Intelligence artificielle, robotique, objets connectés en tous genres... Aujourd'hui, ce sont des promesses que nous découvrons dans les salons de l'innovation, mais demain cela fera partie de notre quotidien. Alors, comment réussir cette migration vers les technologies dans une entreprise axée sur l'humain ? Comment faire des utilisateurs finaux (médecins, infirmiers, pharmaciens, secrétaires et bien évident les patients) des partenaires ? Quels sont les facteurs qui influencent l'adhésion de ces utilisateurs au changement ? Nous allons tenter de répondre à toutes ces questions dans ce mémoire en prenant l'exemple du déploiement d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) au Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (CHwapi).

Dans notre première partie, nous détaillerons la notion de dossier patient informatique à travers une définition, puis en abordant le Plan e-santé qui cadre la mise en œuvre d'un DPI en Belgique. Dans un second temps, nous allons présenter l'environnement dans lequel nous avons effectué cette enquête, à savoir le CHwapi. Nous allons ensuite effectuer une revue de la littérature concernant les théories autour de la gestion du changement. Nous allons donc vous présenter trois théories permettant de mieux comprendre les facteurs influençant l'adhésion à un projet. Cette revue de littérature est complétée par une analyse de la méthodologie de projet PRINCE2 et d'une présentation de deux articles concernant les spécificités du milieu hospitalier en matière de changement. Enfin, nous vous présentons nos hypothèses de travail.

La deuxième partie de ce mémoire est consacrée à notre questionnaire. Nous vous détaillerons l'échantillon sélectionné pour cette enquête et ensuite nous allons expliquer la théorie choisie pour élaborer le questionnaire ainsi que les éléments nous permettant de l'interpréter.

La troisième partie traite de l'analyse statistique des résultats obtenus grâce aux questionnaires. Nous détaillerons dans un premier temps les résultats généraux, puis nous effectuerons une analyse explicite des résultats pour chaque concept.

Enfin, dans notre dernière partie, nous évoquerons la nature des changements induits par le déploiement d'un nouveau DPI. Nous discuterons également des résultats obtenus au cours de notre enquête et enfin nous vous détaillerons une proposition de plan d'action pour la gestion du changement au cours d'un déploiement DPI.

# 1re partie : le cadre conceptuel

## 1 Le dossier patient informatisé

Nous allons dans ce mémoire expliquer les facteurs influençant l'adhésion à un projet dans une institution hospitalière. Pour cela, nous avons choisi de nous intéresser au dossier patient informatisé (DPI). Avant d'introduire le contexte de l'étude, nous allons définir le DPI et nous allons rappeler les enjeux politiques et économiques qui l'entourent.

### 1.1 Qu'est-ce qu'un dossier patient intégré ?

La différence entre un DPI et les anciens dossiers réside dans son caractère intégré, c'est-à-dire un dossier intégré dans la prise en charge du patient. Il n'est plus question de dossier médical, infirmier ou paramédical, mais d'un dossier patient unique qui permet d'accroître la transversalité dans la prise en charge à l'hôpital et d'augmenter le transfert d'informations au point de transition et, in fine, d'améliorer la sécurité du patient.

Au cours d'une prise en charge à l'hôpital, les intervenants pourront, selon leurs droits (selon le profil de fonction et le cadre légal), consulter (mode lecture), compléter (mode écriture) ou ne rien voir du dossier du patient. Parmi ces prestataires, nous retrouvons :

- L'infirmier, l'aide-soignant, l'aide logistique,
- Le médecin,
- Le pharmacien,
- Les paramédicaux,
- Les technologues.

Le DPI se retrouve donc au cœur du système d'information hospitalier (SIH). Autour de ce cœur, il existe de nombreuses applications, dites satellites, qui gèrent des domaines bien spécifiques : gestion du quartier opératoire, chimiothérapie, anesthésie, dialyse, stérilisation, laboratoire, radiologie, pharmacie, reconnaissance vocale, agenda, bloc accouchement, procréation médicalement assistée, ophtalmologie, dentisterie, etc. L'ensemble de ces applications doivent être connectées au DPI « général » pour assurer la transition de l'information.

Il existe aujourd'hui quelques logiciels qui constituent une suite applicative comprenant la plupart des fonctionnalités, y compris les spécialités précédemment citées.

Monsieur François ROUCOUX, médecin en charge de l'informatique médicale au Grand Hôpital de Charleroi, nous donne les principaux atouts d'un DPI (ROUCOUX, 2017) :

- La transversalité : un dossier par patient complété par de multiples prestataires de soins.
  - o En pratique, cela permet aux données du patient d'être retrouvées et partagées avec tous les professionnels de la santé de manière instantanée.
  - o Un gain de temps non négligeable (pas de recherche dans les archives).
  - o Une garantie supplémentaire pour la continuité des soins.
- Aide à la prise en charge
  - o Gestion des risques : alerte surdosage et interaction médicamenteuse ; inclusion de guideline, inclusion d'itinéraire clinique.
- Aide à la recherche
- Aide à la facturation
- Aide à la gestion des ressources (salle d'opération, personnel infirmier, etc.)
- Connecté : les données transitent entre l'intra et l'extra hospitalier via les réseaux de santé (Réseau de santé wallon), mais également via l'EHealthBox<sup>1</sup>.
  - o Les patients sont de plus en plus mobiles. Selon le type de prise en charge, ils doivent se rendre dans tel ou tel hôpital. Il est donc très important que les données médicales suivent le patient.

Voici une définition proposée par le bureau de coordination nationale des technologies de l'information sur la santé aux États-Unis :

*« An electronic health record (EHR) is a digital version of a patient's paper chart. EHRs are real-time, patient-centered records that make information available instantly and securely to authorized users. While an EHR does contain the medical and treatment histories of patients, an EHR system is built to go beyond standard clinical data collected in a provider's office and can be inclusive of a broader view of a patient's care. EHRs can:*

---

<sup>1</sup> Définition : Le service eHealthBox de la plate-forme eHealth est une boîte aux lettres électronique sécurisée, développée spécifiquement pour les prestataires de soins et les institutions. Disponible sur : <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/service-boite-aux-lettres-electronique-securisee-ehealthbox> ; consulté le 16/04/2020.

*Contain a patient's medical history, diagnoses, medications, treatment plans, immunization dates, allergies, radiology images, and laboratory and test results*

*Allow access to evidence-based tools that providers can use to make decisions about a patient's care*

*Automate and streamline provider workflow*

*One of the key features of an EHR is that health information can be created and managed by authorized providers in a digital format capable of being shared with other providers across more than one health care organization. EHRs are built to share information with other health care providers and organizations – such as laboratories, specialists, medical imaging facilities, pharmacies, emergency facilities, and school and workplace clinics – so they contain information from all clinicians involved in a patient's care.*

*With EHRs, your organization can help build a healthier future for our nation.” (Technology, 2019)*

Cette définition est très intéressante, car elle reprend les éléments clés des avantages du DPI, à savoir :

- L'enregistrement en temps réel ;
- La disponibilité instantanée des données ;
- La sécurité avec des accès contrôlés par utilisateur.

Elle va également plus loin dans sa définition, en incluant les fonctionnalités potentielles :

- Les aides à la décision ;
- L'automatisation des flux de travail via des itinéraires cliniques par exemple.

À la lecture de tous ces avantages, le Service Public Fédéral Santé Publique soutient la mise en place d'un DPI dans nos institutions hospitalières belges au travers de son Plan e-santé, que nous allons décrire dans la prochaine partie. Ce Plan e-santé est également accompagné d'un programme accélérateur permettant aux hôpitaux de bénéficier d'un budget supplémentaire pour l'implémentation d'un DPI, sous réserve du respect de certains critères (Belgian Meaningful Use Criteria : BMUC).

## 1.2 Plan e-santé

C'est en 2013 que le SPF Santé Publique lance le Plan e-santé. Dès son origine, il a pour objectif la digitalisation des données médicales du patient pour un meilleur partage de l'information entre prestataire de soins, mais aussi améliorer l'interaction avec le patient. Ce plan souhaite favoriser au maximum les soins multidisciplinaires. Après une mise à jour en 2015, le SPF Santé Publique, au travers de la Conférence interministérielle de Santé publique (CIM SP), dresse une première évaluation : « *Le premier Plan e-santé s'étendait sur la période 2013-2018 et a entretemps été actualisé en 2015. Ce plan comprenait 20 points d'action qui s'adressaient aussi bien aux pouvoirs publics qu'aux prestataires de soins et aux patients. Il ressort d'une évaluation faite par la CIM que 72 % des objectifs définis dans le plan 2013-2018 ont été réalisés.* » (e-santé, 2019)

Un second constat est dressé en 2019 (e-santé, 2019), avec quelques réalisations concrètes depuis la mise en œuvre de ce plan :

- « *Le programme accélérateur pour le Dossier patient informatisé (DPI) dans les hôpitaux a permis à plus de la moitié des hôpitaux généraux de mettre en route un plan d'action pour la réalisation d'un DPI dans le respect des critères BMUC*
  - *15 % des hôpitaux généraux disposent déjà aujourd'hui d'un DPI (quasi complètement intégré*
  - *75 % des hôpitaux généraux utilisent la prescription électronique*
  - *60 % ont un dossier infirmier informatisé »*

Le nouveau Plan e-santé 2019-2021<sup>2</sup> a été conclu en janvier 2019 (SPF Affaires Sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration, 2019), il poursuit les actions menées par le plan précédent en prolongeant les projets en cours.

Ce plan, divisé en clusters, « *regroupe des projets qui ont chacun leurs propres objectifs spécifiques, mais qui, ensemble, ajout d'une dimension supplémentaire à la réalisation des*

---

<sup>2</sup> Plan e-santé 2019 - 2021 :

[https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwvToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid\\_final.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwvToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf) ; consulté le 04/02/2020

*objectifs stratégiques du programme.*” (SPF Affaires Sociales et de la Santé publique, et de l’Asile et la Migration, 2019)

La plupart des projets évoqués dans ce nouveau plan impliquent un dossier patient informatisé complet. Ce degré de perfectionnement pour la mise en place d’un DPI représente un coût non négligeable, même pour les plus grandes institutions. Pour inciter les institutions à franchir le pas, le SPF a mis en place un programme accélérateur que nous allons vous détailler.

### 1.3 Programme accélérateur

Le programme accélérateur, mis en place en 2016, a pour objectif l’utilisation efficace du DPI dans toutes les institutions hospitalières. Il est cependant difficile d’établir une définition claire du DPI. En effet, il existe aujourd’hui beaucoup de possibilités en matière de digitalisation. Certaines institutions ont fait le choix de développer eux-mêmes, d’autres ont opté pour un fournisseur belge et enfin certaines se sont orientées vers des solutions internationales. Pour clarifier les attentes d’un DPI, le Plan e-santé 2019-2021 (SPF Affaires Sociales et de la Santé publique, et de l’Asile et la Migration, 2019) avance quelques objectifs généraux :

- Faciliter le partage d’information relative à un patient ;
- Permettre la mise en place des Clinical Decision Support. Nous pensons, par exemple, aux alertes interactions médicamenteuses ;
- Soutenir la collaboration extra-muros, via les plateformes eHealth ;
- Faciliter la planification efficace des ressources.

Afin d’illustrer ces objectifs, le SPF a défini un ensemble de critères permettant de mesurer le taux de mise en œuvre du DPI. Le BMUC est un modèle permettant, au travers d’analyse purement fonctionnelle, de mesurer le degré d’implémentation du DPI dans les institutions. Nous détaillerons davantage le BMUC dans la partie suivante.

Chaque institution doit remettre ses résultats pour chaque critère, à fin d’évaluation, ainsi qu’un plan d’action pour la mise en œuvre d’un DPI. En fonction des résultats obtenus, des fonds supplémentaires sont octroyés. À noter que les hôpitaux ayant un haut niveau au score BMUC bénéficient d’un budget *Early adopter* qui signifie que : « l’hôpital est à l’avant-garde en termes d’utilisation significative d’un DPI intégré avant son utilisation de masse. » (SPF Santé publique, 2018)

## 1.4 BMUC

Le BMUC (SPF Santé Publique, 2016) décrit un ensemble de critères permettant de mesurer l'utilisation d'un DPI dans une institution hospitalière. Le SPF annonçait en mai 2016 qu'un budget de 56,4 millions par an sera réparti entre les hôpitaux qui atteignent les objectifs fixés par le BMUC. Un supplément est prévu pour les institutions à la pointe de l'innovation en termes de DPI, ce sont les *Early adopter*. En janvier 2020, le SPF propose au total trente-sept fonctionnalités, réparties en dix fonctionnalités de base et vingt-sept fonctionnalités menu (annexe n°1 : critères BMUC 01/2020). Ces fonctionnalités couvrent l'essentiel des attentes qu'un DPI doit fournir en matière de service. Parmi les fonctionnalités de base, nous retrouvons des critères essentiels pour garantir la sécurité et la bonne transmission des données patients :

- Identification et description unique du patient ;
- Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient ;
- Communication automatisée avec HUB<sup>3</sup> et interaction avec e-Health.

Dans les fonctionnalités menu, nous retrouvons des critères plus spécifiques. Certains concernent les services d'urgences ou de réanimation, tandis que d'autres s'appliquent davantage aux hôpitaux possédant un service psychiatrique.

Le 9 janvier 2020, les institutions hospitalières ont reçu de la part du SPF santé une demande d'avis sur la mise en œuvre du Dossier Patient Informatisé intégré à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020. Cette révision du financement du DPI devrait, d'après le SPF, permettre aux hôpitaux en retard dans le déploiement de combler l'écart les *Early adopter*. Pour ce faire, le gouvernement mise sur une modification de la répartition du budget étalé jusque 2022.

---

<sup>3</sup> Le système des hubs et du metahub a pour objectif de connecter entre eux les systèmes régionaux et locaux d'échange d'information médicale (dénommés « hubs ») grâce au metahub. Disponible sur : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/lexique/lexique> ; consulté le 16/04/2020.



Tableau 1 : RÉPARTITION DU FINANCEMENT POUR LA MISE EN ŒUVRE DU DPI

Financement	2020	2021	2022
Socle fixe	5 %	/	/
Socle variable	5 %	5 %	/
<i>Total socle</i>	<i>10 %</i>	<i>5 %</i>	<i>/</i>
Accélérateur de base	50 %	60 %	90 %
Accélérateur complémentaire	30 %	30 %	/
<i>Total accélérateur</i>	<i>80 %</i>	<i>90 %</i>	<i>90 %</i>
Early adopter	10 %	5 %	/
Rattrapage	/	/	10 %
<b>Budget total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Les budgets socles seront progressivement réduits puis supprimés au profit du budget accélérateur de base et du budget de rattrapage. Pour bénéficier du budget accélérateur de base, les hôpitaux devront satisfaire à au moins huit des neuf fonctionnalités de base. Concernant le budget accélérateur complémentaire, il faudra ajouter six fonctionnalités menu. Enfin, le budget *Early adopter*, disponible jusqu'en 2021, sera accessible seulement pour les hôpitaux qui utiliseront effectivement toutes les fonctionnalités de base plus six fonctionnalités menu.

Dans cette première partie nous avons pu constater, d'une part, les bénéfices qui accompagne la mise en œuvre d'un DPI dans les hôpitaux, et d'autre part, comment le gouvernement soutient ces projets de déploiement. Dans la partie suivante, nous allons présenter un exemple de projet DPI au sein du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (CHwapi). Nous verrons, dans un premier temps, l'histoire du CHwapi au travers de son utilisation des différents dossiers médicaux et infirmiers, et dans un second temps, nous détaillerons le projet de déploiement.

## 2 Le contexte de l'étude

### 2.1 L'histoire du CHwapi

Le CHwapi est né en 2010. Il résulte d'une fusion des quatre hôpitaux historiques du Tournaisis : Clinique Notre-Dame, le Centre Hospitalier Régional de Tournai (CHRT), l'Institut Médico-Chirurgical (IMC) et La Dorcas. Cette fusion a profondément modifié le paysage hospitalier de la ville, il subsiste actuellement trois sites (IMC, Union, Notre-Dame) et une polyclinique à Péruwelz. Au terme d'un grand projet immobilier appelé *phase 2*, l'ensemble de l'activité hospitalière sera rassemblé sur un site unique.

Le CHwapi, en quelques chiffres<sup>4</sup> représente environ 2700 collaborateurs, dont plus de 300 médecins et paramédicaux, 1 200 infirmiers. Annuellement, le CHwapi effectue environ 300 000 consultations, 24 000 admissions en hospitalisation classique, plus de 8 000 admissions en hôpital de jour chirurgical, 50 000 passages aux urgences, plus de 1 000 accouchements, 12 000 examens en médecine nucléaire, 200 000 examens radiologiques, dont 40 000 scanners, 2 600 PET SCAN et 15 000 résonances magnétiques (IRM).

Au travers des différentes fusions et des réformes successives, le nombre de lits agréés a quelque peu diminué au fil des années. Il y a actuellement 755 lits agréés.

En 2017, le CHwapi a lancé son plan Stratégique Unique pour Réussir et Fédérer intitulé SURF 2022<sup>5</sup>. Ce plan décrit neuf axes stratégiques :

- Gestion des compétences ;
- Mesure et gestion par indicateur ;
- Pérennité ;
- Phase 2 ;
- Soutien aux interactions avec les collaborateurs ;
- Soutien aux interactions avec les patients ;
- Soutien aux interactions avec les autres acteurs de la santé ;

---

<sup>4</sup> Chiffres disponibles sur : [http://www.chwapi.be/sites/default/files/20180314\\_BRO\\_CV\\_CHwapi.pdf](http://www.chwapi.be/sites/default/files/20180314_BRO_CV_CHwapi.pdf) ; consulté le 09/04/2019

<sup>5</sup> Disponible sur : <https://www.chwapi.be/atout/un-projet-fédérateur>

- Dossier patient ;
- Amélioration continue.

Parmi tous ces axes, figure le dossier patient. Ce qui nous indique une réelle mobilisation de l'institution pour ce domaine.

## 2.2 Le dossier patient au CHwapi

Pour la description du dossier patient au CHwapi, nous allons retracer l'historique en le déclinant en deux parties majeures : le dossier infirmier et le dossier médical.

### 2.2.1 *Le dossier infirmier*

Les débuts de l'informatisation du dossier infirmier ont commencé à l'IMC en 2000, portés par quelques cadres infirmiers et un informaticien. Un premier service devient pilote pour l'utilisation d'un logiciel appelé Equafile. L'IMC restera le seul site où nous disposerons d'un tel logiciel pour le dossier infirmier jusqu'au déploiement de la nouvelle solution en 2017.

Au début du CHwapi en 2010, chaque site disposait d'un dossier infirmier papier différent, sauf pour l'IMC. Le premier travail a donc été d'harmoniser les pratiques par service. Par exemple, les trois services de réanimation se sont concertés pour s'accorder sur un dossier infirmier papier unique. Cette concertation ne s'est pas faite du premier coup, chacun voulant conserver le maximum de ses habitudes.

### 2.2.2 *Le dossier médical*

En 2010 lors de la fusion, la digitalisation du dossier médical est déjà avancée. Cependant, chaque site possède ses propres logiciels :

- Notre-Dame : Omnipro
- Union : C2M
- IMC : Secmed
- DORCAS : C2M

Une des premières mesures de la direction du CHwapi a été de ne garder qu'un seul de ces logiciels, et ce pour plusieurs raisons. La première, c'est bien évidemment la sécurité du patient : avoir plusieurs dossiers médicaux ne facilite pas le transfert d'informations entre les médecins. Il existait donc un risque de perte des données patient. La deuxième raison, c'est la charge de travail pour assurer la maintenance de tous ces logiciels. La dernière raison est financière. En

effet, le coût d'une licence pour de tels logiciels et les ressources requises pour la maintenance ne sont pas négligeables.

Le choix de la direction médicale s'est porté sur Omnipro. Déjà utilisé depuis de longues années sur le site Notre-Dame, il dispose d'une bonne cote de popularité auprès des médecins, entre autres grâce à sa capacité de personnalisation. Chaque médecin a pu, avec l'aide du département Informatique, adapter cet outil en fonction de ses besoins.

Entre 2010 et 2017, il y a eu un travail conséquent de la part de professionnel de soins du CHwapi pour harmoniser leur pratique concernant l'utilisation du dossier médical et infirmier. Ce travail préparatoire a permis, dans un premier temps, de définir les besoins fonctionnels des utilisateurs en matière de DPI et, dans un second temps, de mettre en avant l'absence de communication entre les dossiers des différents prestataires de soins. Après ce constat et à la lecture du Plan e-santé, le CHwapi s'est lancé dans un nouveau projet de DPI, avec pour objectif d'acquérir une solution intégrée regroupant l'ensemble des prestataires de soins.

### *2.2.3 Le projet ZÉPHYR*

C'est en 2017 que le CHwapi s'est lancé dans le projet de déploiement d'un nouveau DPI. Malgré une bonne adhésion du secteur médical au logiciel Omnipro, la partie infirmière reste assez faible dans les fonctionnalités proposées. La direction a donc fait le choix de déployer la solution H++ d'Xperthis, déjà partiellement en place niveau infirmier dans la majorité des unités du site IMC et dans quelques unités de soins des autres sites comme les gériatries ou les urgences. C'est le début d'un long projet nommé ZÉPHYR, que nous détaillerons dans une prochaine partie qui traitera de la méthodologie de gestion de projet appliqué lors du déploiement du DPI au CHwapi. Avant ça, nous allons décrire le service Dossier Patient qui gère le DPI depuis la fin du projet ZÉPHYR.

### *2.2.4 Le service dossier patient aujourd'hui au CHwapi*

À la fin du projet ZÉPHYR, en septembre 2018, le CHwapi a constitué un service Dossier Patient (DP) pour assurer le support et la gestion des évolutions de cette application.

Le service est sous la responsabilité du Département Informatique, mais dépend également, via un comité de pilotage, de la Direction Médicale, Infirmière et Générale adjointe qui se réunissent de façon mensuelle.

En septembre 2019, le service DP compte 11 personnes :

- 7 experts métier,
  - o dont 5 infirmiers et 2 secrétaires.
- 2 experts applicatifs,
- 1 chef de projet,
- 1 chef de service.

Le service peut être décliné en quatre fonctions :

- L'analyse : analyse des besoins en cas de nouvelles demandes
- Le paramétrage : après l'analyse, le service DP prend en charge la configuration des écrans, des rapports et des demandes audits. Il peut également faire appel à l'éditeur du logiciel H++ pour certaines demandes d'amélioration ;
- La formation : quatre experts métiers sont détachés spécialement pour accompagner les utilisateurs sur le terrain ;
- Le support : en cas d'incident ou de demande de formation, le service DP dispose d'un helpdesk disponible en 24/7.

Malgré un déploiement « récent » de la solution DPI, le service DP du CHwapi travaille actuellement à l'écriture d'un cahier des charges pour le remplacement du DPI actuel. Ce travail s'effectue en collaboration avec le réseau PHARE qui regroupe EpiCURA, le Centre Hospitalier Régional Haute-Senne (CHR Haute-Senne) et le CHwapi. Ce nouveau projet, appelé POLARIS, a pour objectif de choisir un nouveau logiciel endéans la fin du 4<sup>e</sup> trimestre 2020.

La mise en œuvre de tel projet nécessite une organisation minutieuse. C'est un projet qui s'étale sur plusieurs années avec des impacts très conséquents d'un point de vu humain et financier. Il est donc très important pour les institutions de bien cadrer ce déploiement avec une méthodologie reconnue. Au CHwapi et dans de nombreux hôpitaux, c'est la méthodologie PRINCE2 qui est utilisée. Nous allons dans la prochaine partie vous détailler cette méthodologie appliquée au projet ZÉPHYR.

### 3 La gestion de projet

Dans cette partie, nous allons vous présenter une synthèse de la méthodologie PRINCE2. Pour ce faire, nous allons faire le lien avec la gestion de projet mise en place lors du déploiement du DPI au CHwapi, qui a débuté en mars 2017 pour se terminer en juin 2018. Ce projet intitulé ZÉPHYR avait pour objectif de finaliser la mise en production du DPI H++ d'Xperthis pour l'ensemble des prestataires, que ce soit en hospitalisation, en consultation et sur le plateau médico-technique.

#### 3.1 Méthodologie de projet PRINCE2

Pour décrire cette méthodologie, nous commencerons par une définition, puis nous détaillerons les piliers de cette gestion de projet : les principes, les thèmes et les processus.

##### 3.1.1 Définition

Un projet, selon PRINCE2, est « une organisation temporaire qui est créée dans le but de livrer un ou plusieurs produits selon un cas d'affaires préalablement établi » (Noire, 2018). Selon Éric Noire, dans son ouvrage sur la gestion de projet PRINCE2, un projet se définit également par un certain nombre de caractéristiques spécifiques, que nous allons détailler en les associant au projet ZÉPHYR.

- Le changement introduit : un projet est avant tout un changement dans l'organisation de l'entreprise. L'implémentation du nouveau DPI au CHwapi a permis le passage de l'ensemble des prestataires de soins sur un logiciel unique. C'est en tout plus de 1800 personnes qu'il a fallu accompagner dans ce changement.
- Le caractère temporaire : le projet ZÉPHYR a duré dix-huit mois.
- Les aspects transversaux : comme évoqué précédemment, c'est l'ensemble des prestataires de soins qui ont vu leur organisation changée avec la mise en production du nouveau DPI. Au-delà des utilisateurs, les Départements Informatique, Communication, Financier et la Direction Générale ont aussi été impactés par ce projet.
- Le caractère unique : le déploiement d'un DPI n'est pas un projet fréquent pour les hôpitaux.
- L'incertitude sur le déroulement : le nombre d'intervenants, le changement de pratique radicale constituent autant d'éléments qui font que ce projet était à risque.

La méthodologie PRINCE2 stipule également que tous les projets doivent s'inscrire dans la stratégie de l'entreprise. Le CHwapi, dans son plan stratégique SURF (Stratégie Unique pour Réussir et Fédérer), inclut le dossier patient comme un de ses neuf axes stratégiques.

Enfin, toujours selon Éric Noire, PRINCE2 définit des indicateurs permettant de mesurer la réussite (ou non) en fin de projet. Nous proposons ici des exemples pour illustrer ces indicateurs :

- Coûts : différence entre le budget initialement prévu et le budget finalement dépensé.
- Qualité :
  - Spécifications techniques et fonctionnelles : adéquation entre les besoins des utilisateurs et les fonctionnalités proposées par le logiciel.
  - Délais : le déploiement respecte le planning initial.
  - Périmètre : les fonctionnalités proposées par le logiciel couvrent l'ensemble des besoins.
- Risques :
  - Non-participation des utilisateurs finaux : refus de certains utilisateurs à migrer vers la nouvelle solution.
  - Dépassement du budget : développement supplémentaire pour répondre aux besoins.
  - Retard de livraison des produits : le planning de déploiement n'est pas respecté.
- Bénéfices :
  - Qualité des soins : meilleur suivi des patients grâce au transfert d'information en prestataire de soins.
  - Sécurité des données : système de sauvegarde des données en cas de panne informatique.
  - Gain de temps pour les utilisateurs : automatisation de processus de facturation.

La méthodologie PRINCE2 s'organise autour de trois concepts : les principes, les thèmes et les processus. Nous allons détailler chaque concept dans les prochaines parties.

### *3.1.2 Les principes*

Les principes de PRINCE2 peuvent être définis comme des concepts de management, indispensable à la mise en place d'un projet. Il en existe sept :

- Une justification continue pour l'entreprise : la plus-value du projet pour l'institution doit être remise en question à chaque phase du projet. L'environnement peut être changeant et les besoins des utilisateurs peuvent évoluer.
- Un retour d'expérience. : l'hôpital est une entreprise apprenante, chaque projet est une occasion d'évoluer. Il est donc important de tirer des leçons des expériences antérieures grâce au rapport de clôture pour améliorer la gestion de projets suivants. Lors d'un projet de grande envergure comme ZÉPHYR, la remise en question doit avoir lieu également au sein même du projet. Chaque étape franchie doit permettre d'améliorer le projet.
- Des rôles et responsabilités clairement définis : le déploiement d'un nouveau DPI au sein d'une institution implique de nombreuses parties prenantes (le corps médical et les paramédicaux, le département infirmier, la pharmacie, l'admission, le secrétariat et la facturation, l'informatique et le fournisseur du logiciel). Il est très important de définir préalablement quelles sont les responsabilités de chacun dans le projet.
- Un management par séquences. : l'organisation PRINCE2 nécessite le découpage en étapes du projet ce qui permet, entre autres, au comité de pilotage de valider le projet sur différents points de contrôle. C'est aussi l'occasion de vérifier la justification du projet. Le projet ZÉPHYR était divisé en trois groupes de livrables :
  - o déploiement du module infirmier,
  - o déploiement du module pharmacie,
  - o déploiement du module médical.
- Un management par exception. : une fois les responsabilités établies entre le comité de pilotage, le chef de projet et le reste de l'équipe projet, il faut appliquer des tolérances par objectif. Ces tolérances peuvent concerner la durée, le coût, la qualité, le périmètre, le risque ou le bénéfice attendu pour chaque étape. Il faut, par exemple, définir des seuils de tolérance entre le chef de projet et le comité de pilotage. Sous le seuil défini, le chef de projet peut en toute autonomie prendre les décisions. Ce management par exception permet d'assurer un contrôle de la part de la direction sans y consacrer un temps démesuré.
- Une focalisation sur les livrables : la méthodologie PRINCE2 accorde une attention particulière à la qualité de livrables. Il est primordial d'établir une liste de critère d'acceptation qui permettra en fin et en cours de projet de valider ou non les différents



groupes de livrables. Concernant le projet ZÉPHYR, des indicateurs de durée ont été établis pour valider les déploiements des modules infirmier, pharmacie et médical.

- Une adaptation à l'environnement projet : le dernier principe de la méthodologie de projet PRINCE2 concerne sa capacité à s'adapter à son environnement. Les thèmes et les processus doivent être utilisés ou adaptés en fonction de l'ampleur et de la complexité du projet. Il est également important de prendre en compte la culture et les processus préexistants dans l'entreprise.

### 3.1.3 Les thèmes

Les thèmes peuvent être définis comme étant les domaines fonctionnels de la gestion de projet. Chaque thème répond à une question.

1. L'utilisation d'un **cas d'affaire** qui répond à la question du *Pourquoi* ? Il permet de cadrer le projet en terme :
  - D'**options possibles** ;
  - De **bénéfices attendus** ;
  - D'**inconvenients attendus** ;
  - De **durée projet** ;
  - De **coûts** ;
  - Et des **risques majeurs**.
2. La description de l'**organisation** qui explicite les trois parties prenantes du projet que sont :
  - L'exécutif qui est à l'initiative du projet ;
  - Les utilisateurs qui sont les personnes qui vont bénéficier du projet ;
  - Le fournisseur.

C'est également dans ce thème que sont décrits les rôles et responsabilités de chaque acteur du projet.

Voici les profils que nous retrouvons habituellement dans un projet, nous avons complété le tableau avec la fonction des personnes exerçant ce rôle au sein du projet ZÉPHYR

Tableau 2 : L'organisation PRINCE2 lors du projet ZÉPHYR

Fonction dans PRINCE2	Projet ZÉPHYR
Comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur informatique</li> <li>• Directeur médical</li> <li>• Directeur infirmier</li> <li>• Directeur général adjoint</li> </ul>
L'assurance projet	Service COACH <sup>6</sup> du CHwapi
L'autorité des changements	Comité de direction
Le chef de projet	Chef de projet interne (COACH) puis externe
L'équipe projet	<p>Des collaborateurs issus de différents départements qui sont détachés à titre partiel ou total de leurs fonctions pour participer au projet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trois secrétaires médicales</li> <li>• Deux pharmaciennes</li> <li>• Cinq infirmiers</li> </ul>

3. La gestion de la **qualité** a pour objectif de s'assurer que chaque groupe de livrables du projet corresponde aux attentes fixées préalablement. Cette gestion est composée de deux parties. La première concerne la planification qualité qui permet de définir les exigences des groupes de livrables et la deuxième partie concerne le contrôle qualité qui s'effectue sur trois niveaux. Voici des exemples issus du projet ZÉPHYR :
- La vérification produit : vérification des paramètres pour le module infirmier par l'équipe projet.
  - L'approbation produit : approbation par le comité de pilotage ZÉPHYR.
  - L'acceptation client : le module est validé par les unités de soins après présentation et test.
4. La **planification** : c'est un élément essentiel de PRINCE2 permettant de prévoir les ressources nécessaires à la finalisation de chaque séquence avec un descriptif de ce qui est attendu. L'équipe du projet ZÉPHYR avait mis en place un plan de séquence permettant de visualiser la mise à disposition des groupes de livrables.

---

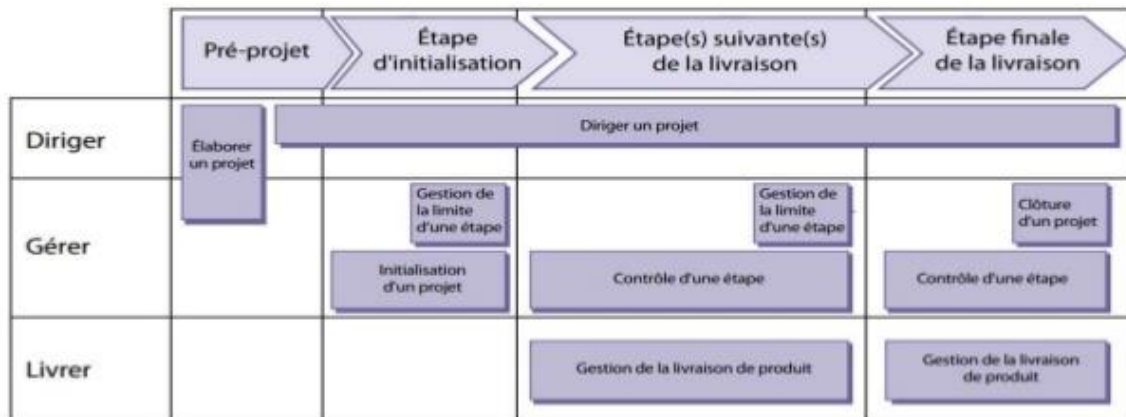
<sup>6</sup> Cellule Objectif Amélioration continue CHwapi (COACH)

5. La **gestion des risques** permet d'identifier, d'évaluer et de contrôler les menaces et les opportunités liées au projet. Par exemple, lors du projet ZÉPHYR, nous pouvons citer deux risques qui ont effectivement eu lieu : le dépassement de la durée initiale du projet et le non-respect du périmètre du projet (la discipline gynéco-obstétrique n'a pas pu être déployé sur le nouveau DPI faute de fonctionnalité suffisante).
6. La **gestion du changement** : la méthodologie PRINCE2 préconise d'anticiper les éventuelles demandes de changement liées à une modification de l'environnement ou du besoin utilisateur. L'équipe projet doit être en mesure de s'adapter et donc de modifier les caractéristiques des groupes de livrables en cours de projet. Nous avons pu constater pour le projet ZÉPHYR des changements dans l'expression des besoins par les utilisateurs ce qui a nécessité des demandes de développement auprès du fournisseur du logiciel.
7. Le contrôle de la **progression** permet de s'assurer que les objectifs intermédiaires sont bien atteints. Pour effectuer ce contrôle, l'équipe projet peut fournir des rapports d'avancement. Durant le projet ZÉPHYR, un rapport mensuel était adressé au membre du comité de pilotage.

#### 3.1.4 *Les processus*

Dernier pilier de cette méthodologie : les processus. Ils décrivent les différentes séquences et leurs enchainements qui permettent au projet d'aboutir. Voici un schéma qui permet de visualiser les différents processus et leur emplacement dans la chronologie du projet :

# 7 processus de PRINCE2®



Source: [www.best-management-practice.com](http://www.best-management-practice.com)



Figure 1 : 7 processus de PRINCE2

1. **Élaborer un projet** : c'est un processus préparatoire qui permet d'établir les caractéristiques du projet. C'est à cet instant que chaque thème de la méthodologie PRINCE2 est abordé afin d'en faire une première ébauche. Une fois validé par le comité de pilotage, le projet passe au deuxième processus.
2. **Diriger un projet** : ce processus qui, comme nous l'indique le schéma ci-dessus, débute après l'élaboration du projet va durer jusqu'à la clôture du projet. Cette séquence décrit la mission du comité de pilotage qui s'articule autour de quatre décisions majeures :
  - Autoriser l'initialisation du projet,
  - Autoriser le projet,
  - Autoriser un plan de phase ou un plan d'exception,
  - Approuver la clôture du projet.
3. **Initialiser un projet** : ce processus permet de préciser le projet en définissant les approches, la planification et les contrôles. À son issue, nous devons obtenir :
  - Une équipe projet,
  - Un document d'initialisation du projet,
  - Un plan détaillé de la première phase.

4. Gérer la livraison des produits : dans ce processus, il est question des livrables qui doivent être livrés à chaque étape du projet. Chaque détail du livrable doit être approuvé par l'ensemble des parties prenantes.
5. Contrôler une séquence : c'est un processus qui se répète à la fin de chaque séquence. C'est indispensable pour passer à la phase suivante. Cela a pour objectif de s'assurer, à chaque moment clé du projet, que nous ne nous éloignons pas des attentes des différentes parties prenantes.
6. Gérer une limite de séquence : ce processus cyclique correspond au contrôle d'une fin de séquence.
7. Clôture un projet : dernière séquence d'un projet. Elle permet de faire valider par le comité de pilotage la fin du projet. Pour cela, il convient de fournir :
  - Un rapport de fin de projet,
  - Un rapport de retour d'expérience,
  - Les actions de suivi recommandées,
  - Un plan de revue post-projet.

Les principes, les thèmes et les processus de la méthodologie PRINCE2 nous permettent d'organiser, de planifier et de contrôler l'exécution du projet en se concentrant sur les groupes de livrables. Cette gestion de projet n'est cependant pas suffisante pour s'assurer de la réussite d'un projet tel que le déploiement d'un DPI. Il convient de prendre en compte l'aspect humain inhérent à ce projet qui impact, au CHwapi, plus 1 800 personnes. C'est pourquoi nous allons, dans la prochaine partie, exposer différentes théories liées au changement afin d'analyser les facteurs pouvant exercer une influence sur l'adhésion et la participation des bénéficiaires d'un projet.

## 4 Le changement

« Rien n'est permanent sauf le changement », cette phrase d'Héraclite s'applique particulièrement bien aux entreprises de notre époque. Le changement devient une question de survie. Cette mutation passe par l'ensemble des prestataires de soins, qu'il faut inclure dans ces changements de pratique. Pour ce faire, il existe de nombreux modèles de gestion du changement, et, dans la partie suivante, nous exposerons plusieurs d'entre eux.

David Autissier définit le changement comme étant « une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès. » (Autissier & Moutot, *Méthode de conduite du changement*, 2016). Cette rupture est une nécessité au sein de nos institutions hospitalières, et ce pour plusieurs raisons. La première est l'informatisation des métiers de l'hôpital ; ces dernières années, la place de l'informatique est devenue capitale pour assurer des soins à la pointe de la technologie : l'intelligence artificielle, la robotisation, la prescription électronique, l'imagerie numérique, etc. présentent autant de défis qui ont et qui vont nécessiter une grande adaptation de la part des utilisateurs. Un deuxième élément pouvant justifier le besoin de changement correspond à la modification du modèle économique des soins de santé : accréditation, réduction des durées de séjours, modification des conditions de financement et constitution de réseau. Les hôpitaux sont contraints d'améliorer significativement leurs modèles de gestion, ce qui implique la mise en place d'outils de gestion permettant d'augmenter la rentabilité de certains processus, d'éviter les pertes liées à des défauts de facturation par exemple et d'améliorer sensiblement la qualité. Enfin, le dernier élément vecteur de changement concerne le patient lui-même qui devient de plus en plus acteur de sa santé. Les nouvelles technologies permettent au patient de consulter, mais aussi de compléter certaines parties de son dossier. Le patient est également plus attentif et plus critique par rapport aux soins qui lui sont prodigués. Il n'hésite plus à comparer les hôpitaux avant une intervention par exemple. Cette mise en concurrence pousse les hôpitaux à sans cesse se renouveler pour rester compétitif.

### 4.1 Les cycles du changement : modèle instrumental

Le premier modèle que nous allons vous présenter est une méthodologie instrumentale intitulée « Les cycles du changement » proposé par David Autissier et Jean-Michel Moutot. (Autissier & Moutot, *Méthode de conduite du changement*, 2016). Cette méthode se décline en trois étapes :

- Le diagnostic du changement : cette étape permet d'analyser les causes du changement, de délimiter les utilisateurs impactés et de mesurer le niveau d'adhésion. Ce diagnostic peut être réalisé à l'aide d'une note de cadrage reprenant :
  - L'origine du besoin,
  - Le périmètre du changement,
  - Les résultats attendus,
  - Les gains attendus,
  - Les risques perçus,
  - La cartographie des acteurs.
- L'accompagnement du changement : l'accompagnement correspond à la partie la plus importante de la méthodologie, elle se caractérise par l'activation des trois leviers du changement :
  - La formation : la formation des utilisateurs finaux est primordiale. Son organisation doit permettre de minimiser la perte de productivité lors de la mise œuvre du changement.
  - La communication : le but du levier communication est de faire adhérer les utilisateurs aux changements. Pour y arriver, il est impératif de promouvoir les améliorations qui seront activées grâce aux changements. Il faut donner du sens au changement.
  - L'accompagnement : dernier des trois leviers, il se caractérise par un lien permanent entre l'équipe projet, qui met en place le changement, et les utilisateurs finaux.
- Le pilotage du changement s'effectue durant tout le cycle de changement. Il comprend le pilotage des hommes et des résistances. La production de tableaux de bord pour le suivi des étapes permet d'adapter en permanence l'accompagnement nécessaire pour les changements en cours.

Ce modèle propose une première méthodologie pour gérer ces périodes de transition, cependant elle n'implique que très peu les utilisateurs finaux.

Mais comment faire face aux réactions des collaborateurs : refus, attentisme, emballement démesuré, etc. Le changement ne se décrète pas, il s'expérimente ! Le prochain modèle que nous allons vous détailler nous renseigne sur les différentes étapes qui permettent de favoriser l'adhésion et la participation des futurs bénéficiaires du changement.

## 4.2 Les huit étapes du changement

Le changement est décliné par John Kotter (Manager GO!, 2019) en huit étapes. Ces huit étapes correspondent aux actions qui devront être entreprises par les organisations pour faire adhérer leurs collaborateurs au changement.

- Créer un sentiment d'urgence : première des huit étapes, elle symbolise le déclenchement du processus de changement. Avant de débiter un projet, il est primordial de se poser la question du pourquoi. Pourquoi devons-nous changer ? Pour obtenir l'adhésion et la participation des acteurs, il est nécessaire de leur faire comprendre pourquoi il est si important de changer. Il faut mettre « le feu au plancher », faire en sorte que la position actuelle ne soit plus acceptable. Pour ce faire, il existe différents éléments déclencheurs comme la démonstration de nouvelle fonctionnalité (l'intelligence artificielle), l'arrêt du support du DPI actuel par le fournisseur, ou encore la publication d'un nouveau Plan e-santé imposant de nouvelles normes en matière de DPI. Une enquête de satisfaction client, l'arrivée d'un nouveau concurrent, la révision du budget, une nouvelle opportunité, de nouveaux marchés, etc.
- Former une coalition : une fois l'intérêt suscité chez les collaborateurs, il faut créer une équipe projet solide en impliquant, par exemple, des experts métiers reconnus par leurs collègues.
- Créer une vision : donner du sens au projet est un élément essentiel dans le processus de changement. Il est primordial de faire partager les bénéfices attendus en exposant par exemple le gain de temps estimé pour faire une prescription après la mise en œuvre du changement.
- Communiquer sa vision : une fois la vision établie, il faut la communiquer aux utilisateurs finaux tout au long du projet.
- Inciter à l'action : il est important d'impliquer les utilisateurs, en les responsabilisant depuis l'initiation du projet jusqu'à la clôture.
- Démontrer des résultats à court terme : un projet est souvent décliné en plusieurs livrables. Dès que l'un d'eux est clôturé, il faut le partager, afin d'éviter une lassitude des collaborateurs en cours de projet. Une célébration de succès intermédiaire peut également être organisée pour motiver les participants au projet.



- Bâtir sur les premiers résultats : chaque livrable doit également être éprouvé. Il convient d'utiliser des méthodes comme la roue de Deming<sup>7</sup> pour améliorer en permanence le changement initié.
- Ancrer les nouvelles approches dans la culture d'entreprise : dernière étape, il s'agit d'intégrer le changement dans la routine quotidienne.

Cette théorie insiste sur la nécessité de faire participer de manière permanente les utilisateurs finaux au processus de changement. C'est également une des règles plébiscitées par la méthode AGILE que nous allons évoquer maintenant.

#### 4.3 Le changement Agile

En parallèle des modèles instrumentaux, un nouveau paradigme sur la gestion du changement a vu le jour avec le déploiement de l'informatique dans les entreprises. Les méthodes dites « Agile » se sont popularisées dans les organisations, privilégiant un modèle plus expérimental. Elles permettent une implication plus conséquente des utilisateurs d'un projet, ce qui, in fine, permet d'éviter le travail en silo en se rapprochant le maximum du besoin métier. Ces méthodes se basent sur l'optimisation de la capacité des gens à changer, les utilisateurs deviennent acteurs du changement.

La plus connue des méthodes Agile s'intitule le Scrum, qui signifie « mêlée » en anglais. Véritable référence pour le secteur informatique, elle propose, entre autres, une gestion de projet autour de deux grands principes : l'amélioration continue et la rapidité d'exécution. C'est une méthode itérative, incrémentale, adaptative et instrumentalisée (Autissier, Johnson, & Moutot, De la conduite du changement instrumentalisée au changement Agile, 2015).

Les méthodes de changement Agile se divisent en trois phases. La première est une phase de définition, qui se déroule en amont du projet. Elle consiste à dresser un diagnostic de la situation initiale, à identifier les changements, ainsi que les personnes qui vont les supporter et, enfin, il y a une évaluation des risques. La deuxième phase des méthodes Agile s'intitule l'expérimentation, elle s'articule autour de deux cycles :

- Un cycle d'ateliers : qui permet d'impliquer les utilisateurs via des ateliers participatifs, des expériences et des moments pédagogiques.

---

<sup>7</sup> Disponible sur : <https://www.supplychaininfo.eu/la-roue-de-deming/> ; consulté le 10/05/2020.

- Un cycle de pilotage : qui permet de prendre le pouls du projet en évaluant, par exemple, le taux d'information, de compréhension, d'adhésion et de participation.

Les ateliers se déroulent en sprint, qui sont « des blocs de temps fixes, le plus souvent de deux à quatre semaines, avec un rythme et une régularité prédéterminés. Ils sont itératifs et adaptatifs en fonction des besoins ou objectifs évolutifs du client (utilisateurs). » (Collignon & Schöpfel, 2016) Ils permettent de rapprocher les développeurs et les utilisateurs.

Dernière phase, l'ancrage qui a pour objectif, de vérifier que ce projet fait bien partie de la stratégie de l'organisation. C'est une condition indispensable pour que le changement s'inscrive dans le quotidien des utilisateurs.

L'information majeure qui ressort de cette méthodologie Agile est l'importance de l'implication des bénéficiaires du projet dans la gestion du changement. Ils devront comprendre par l'expérience en quoi le changement apporté par le projet est une plus-value pour eux. Nul ne peut convaincre un collaborateur de la nécessité de changer. Il doit en faire l'expérience et être à son tour convaincu pour atteindre la normalisation du changement.

À travers cette partie, nous avons défini la gestion du changement qui est d'application pour l'ensemble des entreprises. Cependant le déploiement d'un nouveau DPI est un changement qui s'opère dans un milieu différent. L'hôpital est un secteur non-marchand qui prend en charge la santé des individus. Les professionnels qui exercent dans ce milieu sont moins sensibles aux arguments qui concernent la rentabilité ou la concurrence. Il faut donc prendre en compte cette différence afin d'adapter au mieux cette gestion du changement. Nous allons, dans la prochaine partie, évoquer deux articles scientifiques qui traitent de la gestion du changement en milieu hospitalier.

## 5 Adhésion et résistance à l'informatisation dans le secteur hospitalier

Dans cette partie, nous évoquons les spécificités du secteur hospitalier, qui favorisent ou qui limitent la participation au changement. Pour ce faire, nous nous appuyons sur différents articles scientifiques qui évoquent le changement dans ce milieu si particulier.

Le premier article que nous avons analysé s'intitule : « Changes in healthcare professional work afforded by technology: The introduction of a national electronic patient record in an English hospital. » (Petraiki, Klecun, & Cornford, 2014). Il met en évidence la *Theory of affordances* que nous pourrions traduire par la « théorie des opportunités ». Cette théorie suggère que le changement se matérialise lorsqu'il y a une interaction entre la nouvelle technologie et la pratique professionnelle. Pour étayer cette théorie, ces chercheurs ont suivi les services d'orthopédie et de radiologie dans un hôpital anglais, lors de l'implémentation d'un nouveau dossier patient.

L'introduction massive des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans le milieu hospitalier a modifié l'organisation et la répartition du travail entre les prestataires. La mise en production d'un dossier patient informatisé, par exemple, oblige la collaboration des professionnels de la santé. Il n'y a plus un dossier médical, un dossier infirmier, mais bien un seul et unique dossier patient ! D'un point de vue organisationnel, l'article soulève plusieurs changements dans la pratique :

- Les demandes de laboratoire et de radiologie, la prescription des médicaments, qui pouvaient autrefois être réalisés (certes de manière illégale) par les infirmiers, doivent maintenant se faire obligatoirement par le médecin.
- La mise en place de l'imagerie numérique permettant un partage plus rapide.
- La robotique à la pharmacie permettant une gestion plus précise des stocks à condition d'avoir des prescriptions structurées.
- La standardisation des procédures : itinéraire clinique, champ obligatoire pour les demandes de radiologie, etc. qui oblige les prestataires à harmoniser leurs pratiques.

La prescription est un des éléments qui provoque le plus de résistance à l'implémentation d'un DPI. Nous avons pu le constater dans l'article, lors des entretiens avec les orthopédistes, mais également dans notre pratique professionnelle. Cette résistance vient de l'aspect banal de la tâche, pour certains médecins. Il n'a pas de plus-value perçue à compléter

lui-même une demande de radiologie pour un examen standard, qu'il demande pour tous ses patients.

La standardisation des processus a des conséquences sur la résistance au changement. Le changement dans l'organisation du travail d'un prestataire de soins peut être perçu comme une critique sur son organisation actuelle. Le DPI, en imposant de nouveaux processus de travail, s'attire les foudres de certains utilisateurs qui ne souhaitent pas se voir imposer de nouvelle règle par quelqu'un qui ne travaille pas sur le terrain.

En plus du niveau organisationnel, il y a une modification de la perception de la santé, l'implémentation d'un dossier électronique permet la production d'audit et d'analyses comparatives. Ce qui implique la possibilité d'une mesure des performances, une mesure des résultats et donc, in fine, une comparaison potentielle entre les différents professionnels de la santé.

Nous constatons, au travers de cet article, une plus forte résistance à l'implémentation d'un DPI de la part des médecins. Ce manque d'adhésion peut s'expliquer par une certaine perte d'autonomie dans leur rôle propre, de par l'augmentation de la standardisation des procédures. Certains praticiens pourraient avoir le sentiment de perdre leurs identités et que leurs connaissances ne sont pas reconnues, car brimées par un système informatique trop cadenassant. Au niveau infirmier, nous observons moins de résistance. L'article évoque la faible position hiérarchique des infirmiers, qui explique cette moindre résistance. Enfin, une dernière notion dans cet article retient notre attention. C'est l'augmentation du clivage entre les professionnels instaurée par le DPI. Cette notion va à l'encontre du principe fondamental du DPI, qui vise à une collaboration transversale autour du patient de l'ensemble des prestataires de soins, en cause : la réorganisation des responsabilités autour du patient via DPI.

La deuxième spécificité de ce changement réside dans sa nature. Le dossier patient est ce que nous appelons une Technologie de l'Information et de la Communication (TIC). Afin de définir les caractéristiques de l'acceptation d'une TIC, nous avons choisi de nous baser sur le modèle d'acceptation des technologies (TAM). Pour cela, nous nous appuyons sur un article intitulé « Le modèle d'acceptation des technologies depuis 1986 : 30 ans de développement. » (Atarodi, Maria Berardi, & Toniolo, 2018). Nous verrons, au travers de cet article, les

différentes variables qui permettent d'évaluer l'acceptabilité des utilisateurs par rapport aux TICs et les facteurs externes qui l'influencent.

Cette théorie détermine le degré d'adoption d'une TIC en fonction de deux variables qui sont :

- L'utilité perçue (UP) : le degré auquel une personne croit que l'utilisation d'un système particulier renforcerait sa performance ;
- La facilité d'utilisation perçue (FUP) : le degré auquel l'utilisation d'une technologie sera dépourvue d'effort.

C'est en fonction de ces deux variables que le modèle va expliquer l'adoption et les intentions d'utilisation de la technologie.

### The TAM according to Davis (1989)

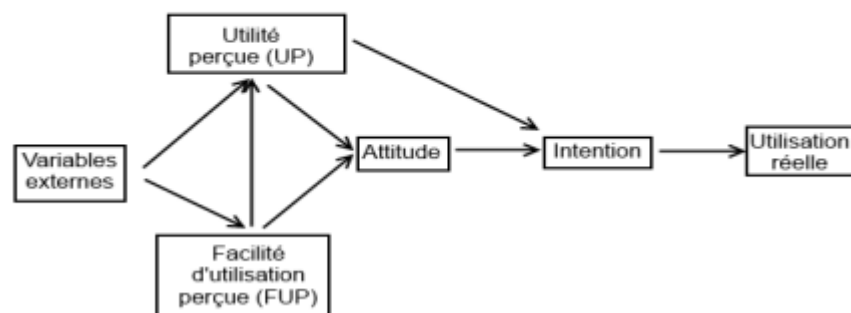


Figure 2 : le TAM d'après DAVIS<sup>8</sup>

Nous pouvons aisément faire le lien avec les conduites de changements que nous avons détaillées précédemment. Établir un plan de communication efficace et donner du sens au changement sont autant d'éléments permettant d'augmenter l'utilité perçue. Mais il existe bien d'autres facteurs externes qui vont influencer l'UP et la FUP. L'article en dénombre plus de septante, divisés en quatre catégories :

- Les caractéristiques des organisations,

---

<sup>8</sup> Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01943567/document/> ; consulté le 10/05/2020

- Les caractéristiques des TIC,
- Les caractéristiques des personnes,
- Les autres variables.

Il est évident que les quelques septante facteurs (voir annexe n°2 : Synthèse de l'influence de toutes les variables externes appliquées au TAM) ne s'appliquent pas au contexte hospitalier. Mais, il nous paraît opportun d'en retenir quelques-uns pour l'analyse de facteurs d'adhésion. Dans la catégorie des caractéristiques de l'organisation :

- La formation et le soutien aux utilisateurs à chaque étape du changement,
- L'influence des pairs,
- Les politiques d'organisations : est-ce que le changement s'inscrit dans la politique stratégique de l'hôpital ?

Dans la catégorie des caractéristiques des TIC, certains facteurs nous semblent pertinents pour le DPI :

- La compatibilité avec le travail quotidien : est-ce que l'utilisation du DPI va modifier la façon de travailler des utilisateurs ?
- Les temps de réponse : le DPI est-il suffisamment performant ?
- La qualité de l'interface : le DPI est-il ergonomique ?
- La complexité perçue : est-ce que l'utilisation du DPI nécessite une formation conséquente ?

Dans la catégorie des caractéristiques personnelles, certaines sont valables pour nos institutions hospitalières :

- L'anxiété et l'attitude face à l'informatique,
- L'âge,
- L'ancienneté dans le poste,
- La motivation intrinsèque.

Et enfin nous pouvons également inclure d'autres facteurs comme :

- La normalité de la situation,
- L'influence et la pression.

L'ensemble de ces facteurs est donc à garder en mémoire lors de l'implémentation d'un DPI. Il convient d'avoir analysé ces questions et d'y apporter une réponse pro activement.

Nous avons pu, au travers de cette étude d'articles, définir les différences liées au mécanisme de changement dans le milieu hospitalier. De plus, après avoir défini les principes de la gestion du changement nous devons, à présent, choisir une base théorique sur laquelle nous pouvons nous appuyer pour élaborer notre partie pratique. Dans la prochaine partie, nous allons détailler « la théorie de normalisation des processus » qui nous a permis de construire notre questionnaire. Elle illustre les concepts qui amènent les bénéficiaires d'un projet à adopter le changement.

## 6 The Normalization Process Theory

La théorie de normalisation de processus est basée sur quatre concepts (May, 2015), qui reflètent les actions menées par les utilisateurs pour mettre en œuvre une nouvelle pratique dans leur travail quotidien.

### 6.1 La cohérence

Pour qu'une nouvelle pratique soit acceptée et intégrée par les utilisateurs, ils devront y trouver un sens. C'est le concept de cohérence. Cette création de sens est divisée en quatre composantes :

- La différenciation : l'utilisateur doit comprendre les différences entre la nouvelle pratique et l'ancienne.
- La spécification commune : cela correspond au travail collectif des bénéficiaires pour développer une compréhension commune des buts, des objectifs et des avantages attendus.
- La spécification individuelle : l'utilisateur doit comprendre son rôle dans ce nouveau projet.
- L'internalisation : qui permet aux différentes personnes de comprendre la valeur et l'importance de cette pratique.

### 6.2 La participation cognitive

Le deuxième concept est appelé la participation cognitive. C'est l'ensemble des actions menées par les individus pour créer et maintenir des pratiques qui soutiennent le projet. Ce concept s'articule autour de quatre composantes :

- L'initiation, qui est caractérisée par un groupe de personnes faisant avancer le projet en dialoguant avec les autres.
- Le recrutement : ce composant est lié à la contribution collective des bénéficiaires permettant un engagement communautaire pour le nouveau projet, afin de le faire avancer.
- La légitimation : ce composant est caractérisé par le sentiment de légitimité des participants à contribuer à la définition des nouvelles pratiques liées au projet.
- L'activation : ce dernier composant concerne la définition collective des actions et procédures permettant la mise en œuvre des nouvelles pratiques liées au projet.



### 6.3 L'action collective

Vient ensuite le troisième concept : l'action collective. Les nouvelles procédures précédemment définies doivent être adoptées par l'ensemble des utilisateurs. Ce concept, comme les précédents, est divisé en quatre composants.

- L'opérationnalisation : c'est un travail collectif que font les bénéficiaires pour intégrer les nouvelles pratiques dans leur travail quotidien.
- L'intégration relationnelle : c'est l'expérience acquise lors de l'utilisation des nouvelles pratiques qui permet de renforcer et maintenir la confiance que les utilisateurs peuvent avoir dans la nouvelle solution.
- L'ensemble des compétences opérationnelles : ce composant est lié à la définition des droits dans la nouvelle solution, il est important de définir préalablement qui est en droit de faire quoi lorsque nous élaborons de nouvelles pratiques.
- L'intégration contextuelle : c'est-à-dire la mise à disposition de ressource permettant le suivi des nouvelles pratiques instaurées par le déploiement de la solution.

### 6.4 Le suivi réflexif

Le dernier concept est le suivi réflexif. Il consiste, pour les bénéficiaires, d'évaluer et comprendre les effets des nouvelles pratiques sur leur travail, mais aussi dans leurs relations.

- La systématisation : ce sont les collectes d'informations concernant les impacts de la nouvelle pratique, au travers, d'analyses formelles comme des audits, mais aussi lors d'échanges informels entre bénéficiaires.
- L'évaluation commune : après la collecte d'information, il y a l'évaluation commune des nouvelles pratiques au cours d'échange entre utilisateurs par exemple.
- L'évaluation individuelle : en parallèle de l'évaluation collective, chaque bénéficiaire doit se forger son opinion sur la nouvelle solution en se basant sur son expérience d'utilisation. La mise en place d'une nouvelle solution informatique peut avoir des bienfaits pour le collectif, mais apporter des contraintes supplémentaires pour certains utilisateurs.
- Reconfiguration : suite aux évaluations collectives et individuelles les nouvelles pratiques peuvent être redéfinies. La mise en œuvre d'une nouvelle solution informatique doit constamment être soumise à une réévaluation permettant une amélioration continue.

Afin d'évaluer ces concepts auprès des utilisateurs, l'instrument NoMAD (May, 2015) est mis à disposition. Nous avons choisi de nous baser sur cet instrument pour élaborer notre questionnaire en l'adaptant au contexte du déploiement du DPI au CHwapi.

Maintenant que nous avons défini les notions qui entourent la gestion de projet et la gestion du changement, nous allons, dans la partie suivante, décrire des hypothèses de travail concernant l'adhésion des collaborateurs du CHwapi durant la mise en œuvre du projet ZÉPHYR.

## 7 Hypothèses de travail

Avant de vous détailler notre enquête sur la participation des collaborateurs, nous vous proposons plusieurs hypothèses de travail qui pourraient, selon nous et selon nos précédentes lectures, influencer la participation des utilisateurs au DPI au processus de changement.

La première hypothèse de travail, basé sur l'article concernant l'introduction d'un DPI dans un hôpital anglais, est que la fonction des répondants influence majoritairement les affirmations liées à la cohérence du projet.

Une seconde hypothèse est que l'ancienneté ou l'expérience influencerait également la participation au projet. Il serait tentant d'imaginer que les personnes ayant travaillé toute leur carrière avec un dossier papier peuvent ressentir davantage de difficulté à s'approprier le nouveau DPI.

Nous avons, au travers de cette première partie, dressé le cadre conceptuel de ce mémoire. Nous allons maintenant parler de la partie pratique de ce travail, en commençant par la population ciblée par l'enquête que nous avons réalisée. Nous allons ensuite décrire la théorie sur laquelle nous nous sommes appuyés pour élaborer le questionnaire. Et enfin, nous allons expliquer notre méthode d'analyse des résultats.

## 2<sup>e</sup> partie : mesure de l'adhésion des collaborateurs au projet dossier patient du CHwapi`

La réussite du déploiement d'un nouveau DPI ne dépend pas seulement des moyens humains et financiers mis à disposition. La participation à ce changement de pratiques pour l'ensemble des collaborateurs est l'un des facteurs les plus importants dans le succès d'un tel projet. L'objet de l'enquête réalisée ici n'est donc pas de mesurer l'efficacité du DPI en matière d'ergonomie, de fonctionnalité ou d'efficience, mais de mesurer l'adhésion et l'appropriation des collaborateurs à ce nouvel outil. La finalité d'un changement de pratique réside dans sa faculté à devenir un élément normal dans le quotidien d'un travailleur. Ce principe est expliqué au travers d'une théorie appelée The Normalization Process Theory (May, 2015).

### 1 Base d'échantillonnage

L'enquête fut envoyée le 09 juillet 2019 et elle s'est clôturée le 31 octobre 2019. Nous l'avons envoyée à l'ensemble des praticiens hospitaliers utilisant le DPI H++ au CHwapi soit 1 800 personnes réparties de la manière suivante :

- 1 216 soignants (infirmiers, sage-femme, aide-soignante...),
- 314 médecins,
- 136 paramédicaux,
- 53 pharmaciens,
- 81 secrétaires médicales.

## 2 Logique suivie dans la conception du questionnaire

Le questionnaire, basé sur l'instrument NoMAD (May, 2015) vu précédemment, a été conçu en trois parties.

La première partie du questionnaire (partie A) nous permettra de préciser le profil des utilisateurs en fonction de :

- L'ancienneté au sein de l'institution,
- L'âge,
- La fonction,
- L'utilisation de l'outil informatique en général.

L'ensemble des utilisateurs du DPI sont conviés à remplir ce questionnaire. Nous avons également souhaité porter une attention sur les fonctions de manager « *en raison de leur double rôle de destinataires et de prescripteurs du changement.* » (Autissier & Vandangeon Derumez, Pas de changement sans adhésion des managers, 2007).

La deuxième partie nous permettra de mesurer la fréquence et l'expérience dans l'utilisation du DPI.

La troisième et dernière partie nous permettra d'approfondir les quatre concepts de la théorie de normalisation des processus.

- C1 : compréhension du but du DPI (cohérence)
- C2 : Participation au projet DPI (participation cognitive)
- C3 : Utilisation du DPI (action collective)
- C4 : Amélioration et bénéfice du DPI (surveillance réflexive)

En fonction des résultats obtenus, nous pourrions proposer des actions à mettre en place pour améliorer l'adhésion des utilisateurs.

Avant d'évoquer les résultats, nous allons, dans la prochaine partie, présenter la méthodologie que nous avons appliquée pour effectuer l'analyse statistique.

### 3 Méthodologie d'analyse

L'objectif de l'analyse est de faire ressortir les variables catégorielles, résumées au travers de médianes et de percentiles, influençant les facteurs d'adhésion que sont :

- La cohérence,
- La participation cognitive,
- L'action collective,
- Le suivi réflexif.

Pour cela, nous avons dans un premier temps testé la normalité de nos échantillons, afin de déterminer avec exactitude quel test statistique devait être réalisé. L'étude de normalité nous a indiqué qu'aucun de nos échantillons ne suivait une loi normale. Le questionnaire est basé essentiellement sur des échelles de Likert<sup>9</sup>, ce qui nous donne des variables continues non appariées. Pour analyser ces réponses, nous avons donc réalisé des tests de Kruskal-Wallis et de Mann-Whitney à partir du logiciel SPSS qui nous permettent de comparer les médianes. Ces tests nous ont permis d'établir si les variables de regroupement (partie A et B) avaient une influence sur les affirmations des facteurs d'adhésion (partie C) ou si les distributions étaient semblables. Pour réaliser nos tests, nous avons choisi un seuil de décision statistique  $\alpha$  égale à 5 %.

Une fois les tests de Kruskal-Wallis effectués, nous avons procédé à une deuxième série d'analyses sur les hypothèses pour lesquelles nous avons obtenu une p-valeur inférieure à 0.05. Nous avons utilisé la fonction explorer du logiciel SPSS afin d'obtenir la médiane, les percentiles 25 et 75 et un graphique type box plot afin, d'analyser plus en détail les différences en fonction des variables de regroupement.

Les tests de Kruskal-Wallis présentent cependant une limite. En effet, la p-valeur significative veut dire qu'au moins une des distributions est différente. Mais laquelle ou lesquelles reste une énigme. Pour obtenir plus de détails, chaque test significatif devrait ensuite

---

<sup>9</sup> Définition : Une échelle de Likert est une échelle d'attitude comprenant le plus souvent 5 à 7 degrés par laquelle on demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord relatif à une affirmation. Les échelles de Likert sont le plus souvent utilisées dans le cadre d'études quantitatives réalisées par le biais de questionnaires. Disponible sur : <https://www.definitions-marketing.com/definition/echelle-de-likert/> ; consulté le 12/05/2020.

être analysé avec une série de tests deux à deux (ex : nous comparons, les médecins avec les infirmiers, puis les médecins avec le paramédical, puis...). Ces comparaisons seront réalisées avec un test de Man-Whitney.

### 3<sup>e</sup> partie : analyse des résultats

Nous avons récolté 231 réponses, voici quelques tableaux présentant les caractéristiques des répondants.

Tableau 3 : proportion des répondants par rapport au total dans chaque fonction

		Fréquence	Total	Proportion
Valide	Vide	1		
	Administratif (secrétaire, facturation, informatique)	18	81	22%
	Médecin	37	314	12%
	Paramédical	25	136	18%
	Pharmacie	4	53	8%
	Soignant (infirmier, sage-femme, aide-soignant,...)	145	1216	12%
	Total général	230	1800	13%

Tableau 4 : répartition des répondants par âge

Quel âge avez-vous ?					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	18 - 25 ans	17	7,4	7,5	7,5
	26 - 35 ans	73	31,7	32,0	39,5
	36 - 50 ans	75	32,6	32,9	72,4
	51 - 60 ans	55	23,9	24,1	96,5
	Plus de 61 ans	8	3,5	3,5	100,0
	Total	228	99,1	100,0	
Manquant	Système	2	,9		
Total		230	100,0		

Nous retrouvons une répartition semblable entre les trois tranches centrales d'âge.

Nous avons également voulu connaître le point de vue des managers qui, selon nos précédentes lectures, a un rôle capital dans l'augmentation de la participation des utilisateurs dans le projet. Ci-dessous le tableau reprenant par fonction le nombre de managers ayant répondu. Nous avons également ajouté à ce tableau le nombre total de managers par fonction pour obtenir la proportion des répondants.



Tableau 5 : proportion des managers par fonction

Valide	Exercez-vous une fonction de manager ?			Total manager	Proportion
	Non	Oui			
Administratif (secrétaire, facturation, informatique)	12	4		5	80%
Médecin	17	20		28	71%
Paramédical	21	4		8	50%
Soignant (infirmier, sage-femme, aide-soignant,...)	106	36		48	75%
Pharmacie	2	2		9	22%
Total général	158	66		98	67%

Dans la prochaine partie, nous allons exposer les résultats statistiques pour chaque concept.

## 1 Généralités

Au cours de notre première série d'analyses, nous avons constaté que certaines variables de regroupement influençaient plus particulièrement les réponses aux affirmations proposées. La fonction des répondants et le rôle de manager influencent sept affirmations chacune. Concernant la fréquence d'utilisation, nous avons exclu les observations « jamais », car seulement onze répondants ont affirmé ne jamais avoir utilisé le DPI. Nous avons, ensuite, procédé à des tests de Mann-Whitney, pour observer si la fréquence avait un impact sur les différentes affirmations. Ensuite, pour la question concernant l'aisance avec l'outil informatique, nous avons groupé les réponses afin de faciliter l'analyse statistique. Nous avons constitué trois groupes en fonction des réponses à la question « êtes-vous familier avec l'outil informatique de manière générale ? »

- De 0 à 4 = pas à l'aise,
- De 5 à 7 = à l'aise,
- De 8 à 10 = très à l'aise.

Enfin, nous observons que certaines variables ont une faible influence sur les affirmations, seulement deux pour l'ancienneté et une seule affirmation pour l'âge.

Nous allons, dans les prochaines parties, examiner, pour chaque facteur d'adhésion, la ou les variables qui les influencent.

## 2 La cohérence

Commençons par le concept de cohérence, qui se définit comme le sens que le projet a pour les utilisateurs finaux. Cette notion se mesure au travers de quatre affirmations :

- Le dossier patient intégré est différent du précédent.
- L'ensemble des utilisateurs ont compris l'utilité du DPI.
- Le DPI modifie mon travail au quotidien.
- Le DPI m'aide dans mon travail.

Le tableau ci-dessous nous propose une synthèse de l'analyse statistique de ces affirmations.

Tableau 6 : percentiles pour les affirmations concernant la cohérence

		Statistiques			
		Cohérence : Le dossier patient intégré est différent du précédent (dossier infirmier papier, dossier médical omnipro, etc)	Cohérence : L'ensemble des utilisateurs ont compris l'utilité du DPI	Cohérence : Le DPI modifie mon travail au quotidien	Cohérence : Le DPI m'aide dans mon travail
N	Valide	208	218	219	221
	Manquant	22	12	11	9
Médiane		5,00	4,00	5,00	4,00
Percentiles	25	4,00	3,00	4,00	3,00
	50	5,00	4,00	5,00	4,00
	75	5,00	4,00	5,00	5,00

Voici la légende utilisée pour les échelles de Likert :

- 1 = fortement en désaccord
- 2 = pas d'accord
- 3 = ni d'accord ni pas d'accord
- 4 = d'accord
- 5 = tout à fait d'accord

Nous allons maintenant, analyser chaque affirmation séparément.

### 2.1 « Le dossier patient intégré est différent du précédent »

La première affirmation nous permet de savoir si les utilisateurs ont bien compris la différence entre l'ancien et le nouveau DPI. Nous avons 83 % des répondants qui sont « tout à fait d'accord » ou « d'accord » avec cette affirmation. Les tests de Kruskal-Wallis et Mann-Whitney n'ont pas permis d'isoler un facteur influençant les réponses à cette question.

## 2.2 « L'ensemble des utilisateurs ont compris l'utilité du DPI »

Cette affirmation nous permet d'analyser la compréhension commune de l'utilité du DPI. Les résultats obtenus dans le tableau n°6 nous indiquent une majorité de répondants en accord avec cette affirmation (médiane = 4, d'accord), mais nous observons tout de même un cinquième des utilisateurs du DPI qui pensent que l'ensemble des utilisateurs n'ont pas compris l'utilité de ce nouvel outil.

Le test de Kruskal-Wallis nous indique que la familiarité avec l'outil informatique influence les réponses (p-valeur 0,036). Nous observons en effet que, plus les utilisateurs sont à l'aise avec l'informatique, plus ils ont un avis favorable par rapport à l'affirmation.

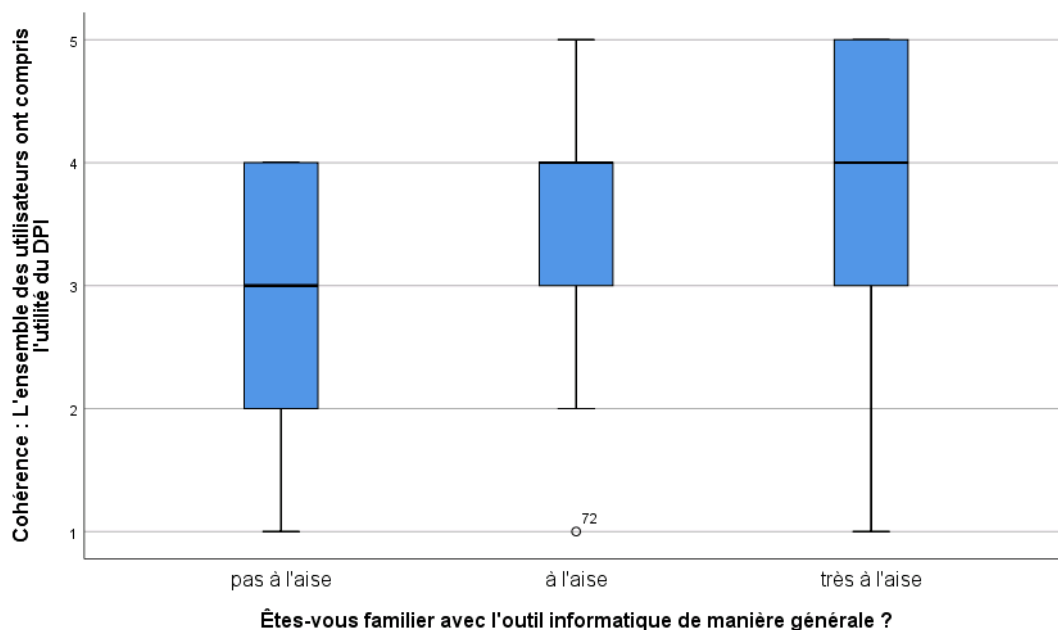


Figure 3 /box plot - L'ensemble des utilisateurs ont compris l'utilité du DPI / êtes-vous familier avec l'outil informatique de manière générale ?

## 2.3 « Le DPI modifie mon travail au quotidien »

Cette troisième affirmation traite de l'influence du DPI sur le travail quotidien des utilisateurs. Avant de savoir si le DPI est un atout ou au contraire une contrainte, nous avons souhaité dans un premier temps savoir si ce nouvel outil modifie le travail au quotidien.

Les résultats obtenus nous montrent bien l'influence du DPI dans le travail au quotidien. 83 % des répondants affirment que le DPI modifie leur travail. Les prochaines affirmations nous permettront de voir si cette influence est positive ou négative.

## 2.4 « Le DPI m'aide dans mon travail »

Dernière affirmation pour le concept de cohérence, elle nous permet de savoir si l'influence du DPI est vécue comme une aide pour les utilisateurs. Nous observons un total de 72,4 % de répondants (« d'accord » et « tout à fait d'accord ») qui affirment que le DPI les aide dans leur travail. Nous avons également effectué une deuxième série de tests afin de vérifier si cette vérité est la même pour tout le monde.

Les tests de Kruskal-Wallis nous indiquent que deux facteurs sont associés à cette affirmation. Il s'agit du rôle de manager et de l'expérience d'utilisation du dossier H++. Les managers semblent plus nombreux à être en accord avec l'affirmation comme, nous le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 7 / : Le DPI m'aide dans mon travail / exercez-vous une fonction de manager ?

		Percentiles			
		Exercez-vous une fonction de manager ? (chef d'unité, chef de service, coordinateur, directeur, référent)			
		Percentiles			
		25	50	75	
Moyenne pondérée (Définition 1)	Cohérence : Le DPI m'aide dans mon travail	Oui	4,00	5,00	5,00
		Non	3,00	4,00	5,00

En ce qui concerne l'expérience d'utilisation, nous avons constaté, avec le graphique ci-dessous, une association entre l'expérience dans l'utilisation du DPI et le fait que le DPI les aide dans leur travail (p-valeur 0,031). Nous notons cependant un éventuel facteur de confusion au niveau de la fonction des répondants, les infirmiers utilisant le DPI depuis plus longtemps que les médecins.

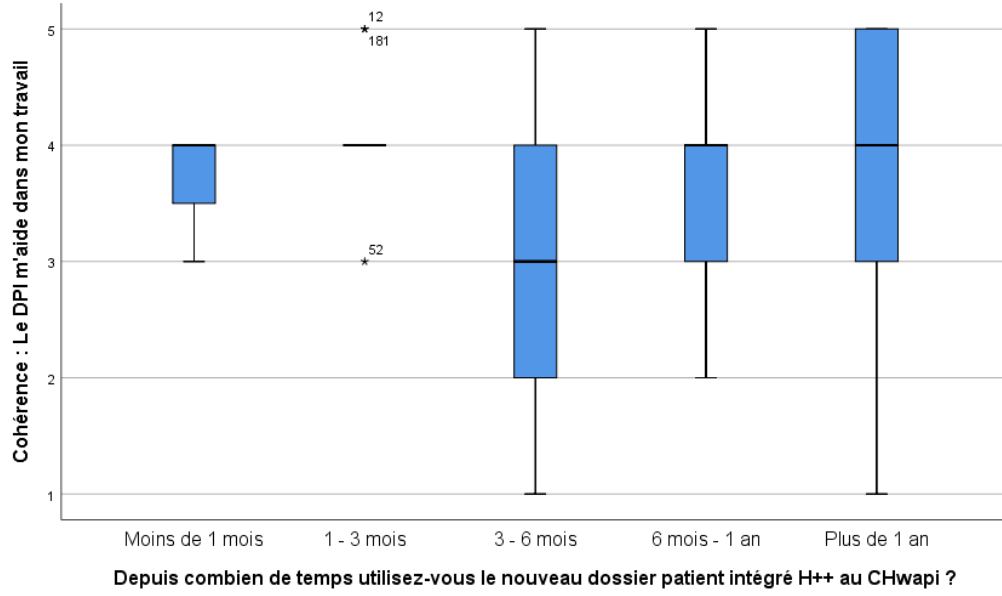


Figure 4 : box plot - Le DPI m'aide dans mon travail / depuis combien de temps utilisez-vous le nouveau DPI H++ ?

### 3 La participation cognitive

Le deuxième concept évalué dans notre questionnaire est la participation cognitive, qui se définit comme l'ensemble des actions menées par les individus pour créer et maintenir des pratiques pour soutenir le projet. Nous avons mesuré ce concept à partir de quatre affirmations :

- Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs.
- En tant que collaborateur, je me dois de participer au développement du DPI.
- Je réfléchis avec mes collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI.
- Je continuerai à soutenir la mise en place du nouveau DPI dans le futur.

Voici un tableau reprenant les percentiles pour chaque échantillon de réponses aux différentes affirmations.

Tableau 8 : percentiles pour la participation cognitive

		Statistiques			
		Participation cognitive : Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs	Participation cognitive : En tant que collaborateur, je me dois de participer au développement du DPI	Participation cognitive : Je réfléchis avec mes collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI	Participation cognitive : Je continuerai à soutenir la mise en place du nouveau DPI dans le futur
N	Valide	219	219	214	214
	Manquant	11	11	16	16
Médiane		4,00	4,00	4,00	4,00
Percentiles	25	4,00	4,00	4,00	4,00
	50	4,00	4,00	4,00	4,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00

Nous constatons une parfaite homogénéité parmi les quatre échantillons de réponses. Nous pourrions en conclure que la majorité des répondants estime devoir participer au projet de déploiement DPI. Pour en être sûr, nous allons analyser plus en détail chaque affirmation.

#### 3.1 « Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs »

Cette première affirmation questionne les utilisateurs sur le service en charge du DPI et sur sa capacité à impliquer les collaborateurs dans l'amélioration du logiciel. Sur l'échantillon total, nous obtenons 81,7 % de réponse « d'accord » et « tout à fait d'accord ». Nous avons ensuite vérifié s'il n'existait pas de différence dans certains groupes.

Les résultats semblent différents selon la fonction du répondant (p-valeur = 0.004 lors du test de Kruskal-Wallis). Voici un graphique reprenant le box plot par fonction :

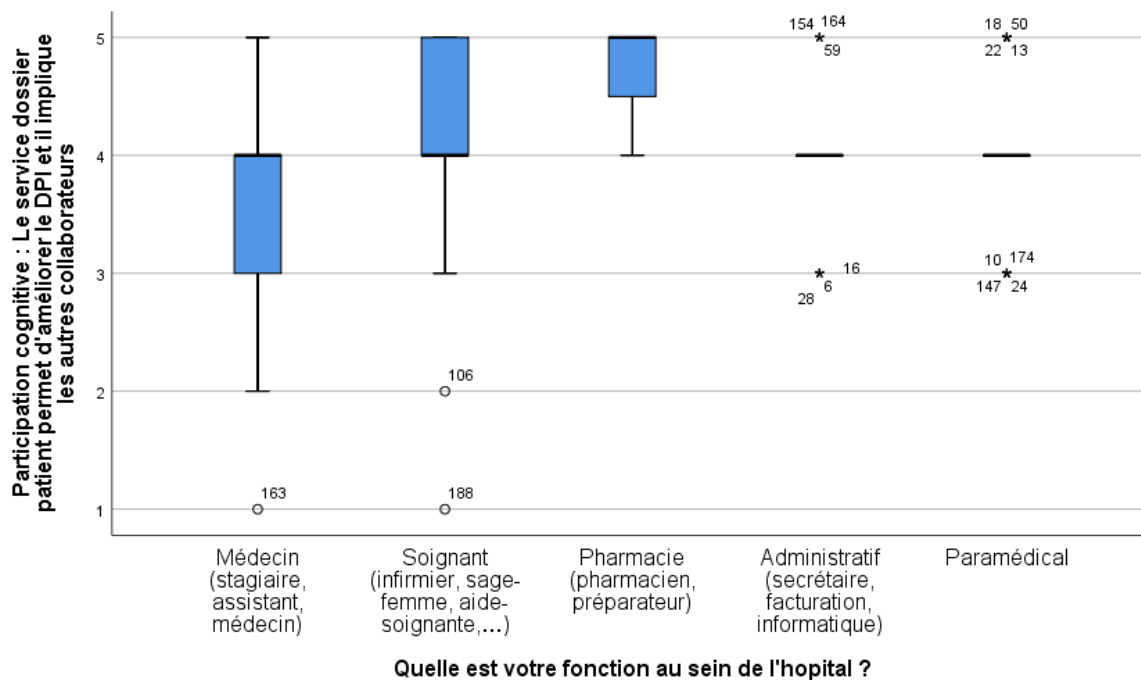


Figure 5 : box plot - Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs / quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?

Pour valider les différences entre les fonctions, nous avons effectué une nouvelle analyse avec un test de Mann-Whitney pour confirmer la différence entre ces groupes. Voici un tableau reprenant les p-valeur.

Tableau 9 : p-valeur des tests Mann-Whitney entre fonctions- le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs

	Médecin	Soignant	Pharmacie	Administratif	Paramédical
Médecin	/	/	/	/	/
Soignant	0.001	/	/	/	/
Pharmacie	0.014	0.052	/	/	/
Administratif	0.181	0.446	0.079	/	/
Paramédical	0.066	0.473	0.070	0.870	/

Ce test nous confirme qu'il existe une différence de réponse concernant l'affirmation « Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs » entre les médecins et les soignants, mais également entre les médecins et le personnel de la pharmacie.

### 3.2 « En tant que collaborateur, je me dois de participer au développement du DPI »

Nous avons souhaité, avec cette deuxième affirmation, mesurer le sentiment de devoir par rapport à la participation au développement du DPI. Est-ce que je dois, en tant qu'utilisateur, mais aussi en tant que membre de cette entreprise, participer au développement du DPI ? Le



tableau n°6 nous indique un percentile 25 à 4, ce qui signifie que plus de 75 % des répondants affirment devoir participer au développement du DPI.

### 3.3 « Je réfléchis avec mes collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI »

Après avoir demandé aux utilisateurs s'ils avaient le sentiment de devoir participer au développement du DPI, nous avons voulu savoir si cette réflexion se faisait avec les collègues ou de manière individuelle.

Plus des  $\frac{3}{4}$  des répondants affirment réfléchir avec leurs collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI. Le test de Mann-Whitney nous indique que le rôle de manager exerce une influence sur les réponses (p-valeur à 0.017), les box plot ci-dessous nous indique une proportion plus importante de managers qui répondent « tout à fait d'accord » avec cette affirmation.

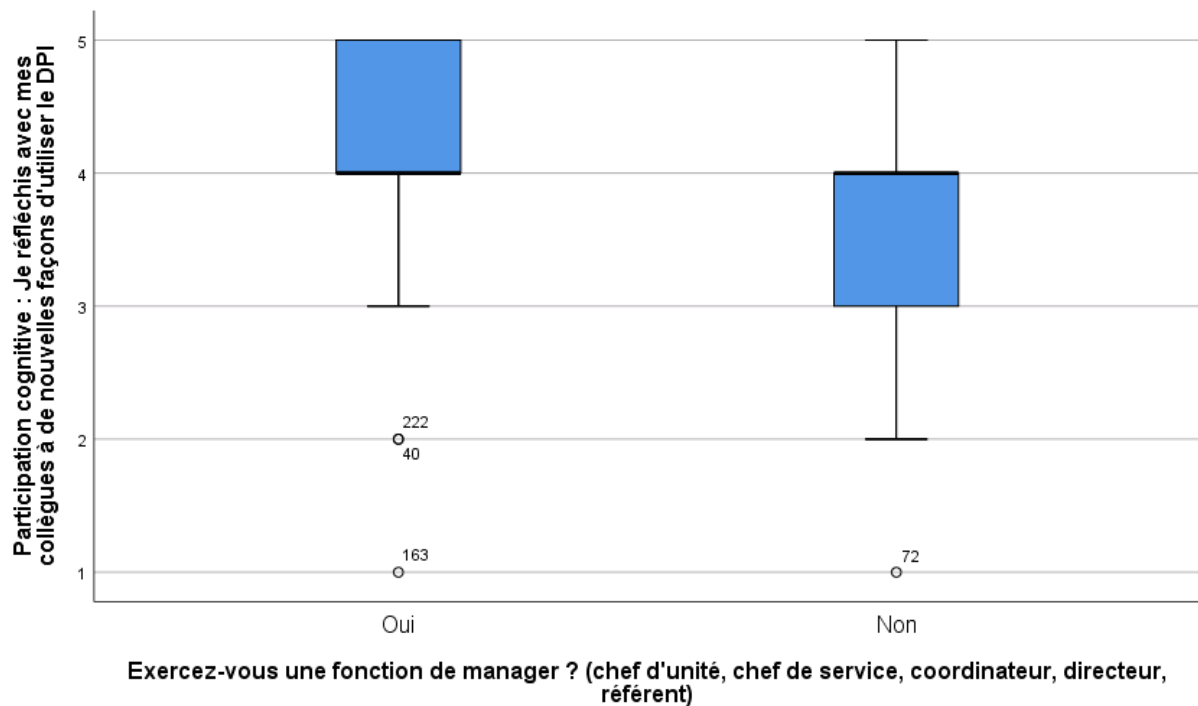


Figure 6 : box plot - Je réfléchis avec mes collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI / exercez-vous une fonction de manager ?

### 3.4 « Je continuerai à soutenir la mise en place du nouveau DPI dans le futur »

Pour cette dernière affirmation, nous avons demandé aux utilisateurs s'ils étaient prêts à soutenir le DPI dans les années à venir. Nous obtenons 85 %, soit une large majorité, de répondants qui continueront à soutenir le DPI dans le futur.

Les réponses aux affirmations concernant la participation semblent très satisfaisantes dans l'ensemble, elles nous indiquent une volonté des collaborateurs d'être impliqués dans ce projet. Nous proposerons, dans notre plan d'action, une piste pour impliquer plus les médecins dans les améliorations du DPI.

## 4 L'action collective

Le troisième concept est celui de l'action collective, qui se définit comme le travail nécessaire pour que l'ensemble des utilisateurs adopte la nouvelle solution. Pour mesurer ce concept, nous avons proposé sept affirmations :

- Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien.
- Le DPI perturbe mes relations (avec mes collègues ou avec les patients) dans mon travail.
- J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI.
- Chaque collaborateur a accès au DPI selon sa fonction.
- Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI.
- Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI.
- La direction soutient le DPI.

Voici le tableau reprenant les percentiles pour chaque affirmation :

Tableau 10 : percentiles pour les affirmations sur l'action collective

		Statistiques						
		Action collective : Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien	Action collective : Le DPI perturbe mes relations (avec mes collègues ou avec les patients) dans mon travail	Action collective : J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI	Action collective : Chaque collaborateur a accès au DPI selon sa fonction	Action collective : Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI	Action collective : Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI	Action collective : La Direction soutient le DPI
N	Valide	224	219	219	219	225	207	204
	Manquant	6	11	11	11	5	23	26
Médiane		4,00	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00
Percentiles	25	4,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	4,00
	50	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00
	75	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00

Nous avons ensuite effectué des tests de Kruskal-Wallis et de Mann-Whitney, pour analyser si certains facteurs de regroupement avaient une influence sur les réponses aux affirmations.

### 4.1 « Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien »

Nous observons pour la première affirmation « Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien », des réponses différentes selon plusieurs facteurs.

En ce qui concerne la fonction, nous obtenons une p-valeur à 0,000 avec le test de Kruskal-Wallis, nous pouvons donc conclure que la fonction a bien une influence sur la réponse à cette affirmation. Le box plot ci-dessous semble nous indiquer que les médecins sont moins d'accord que les soignants par rapport à cette affirmation.

### Boîtes à moustaches

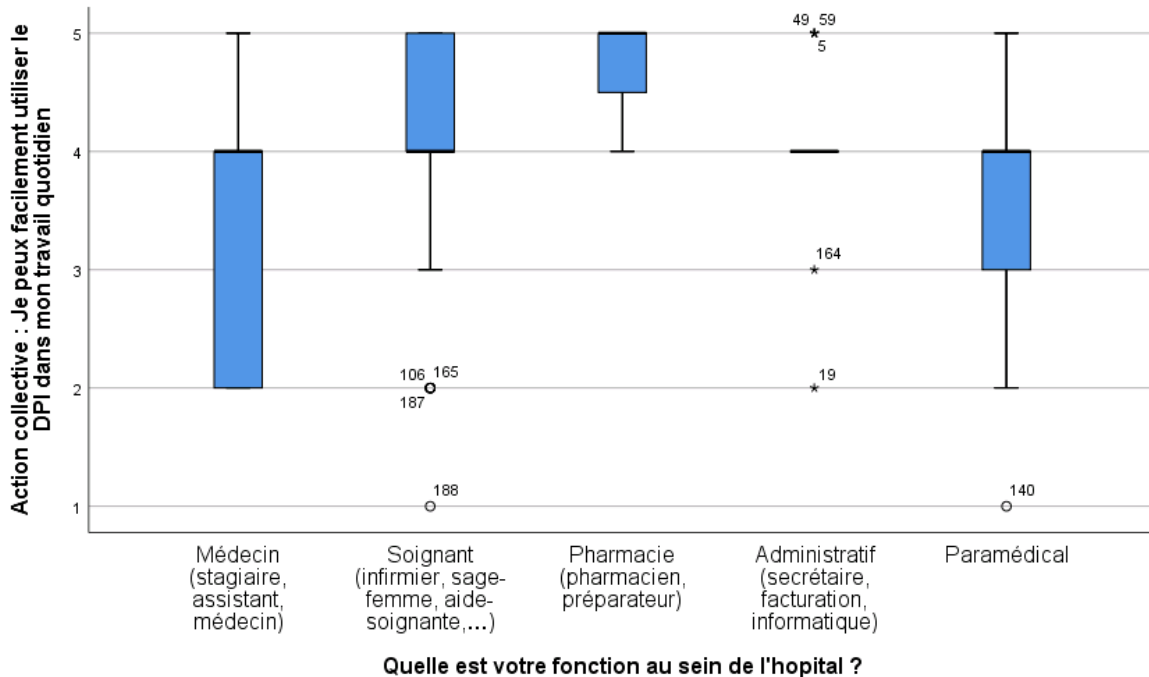


Figure 7 : box plot - Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien / quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?

Cette impression est confirmée par un test de Mann-Whitney. Il existe bien une différence entre médecin et soignant concernant cette affirmation (p-valeur à 0,000).

L'âge semble également avoir une influence sur les réponses à cette affirmation. Les box plot, ci-dessous, nous indiquent une certaine tendance que nous pouvons interpréter comme : plus l'utilisateur est âgé, plus il estimera avoir du mal à utiliser le DPI dans son travail quotidien.

## Boîtes à moustaches

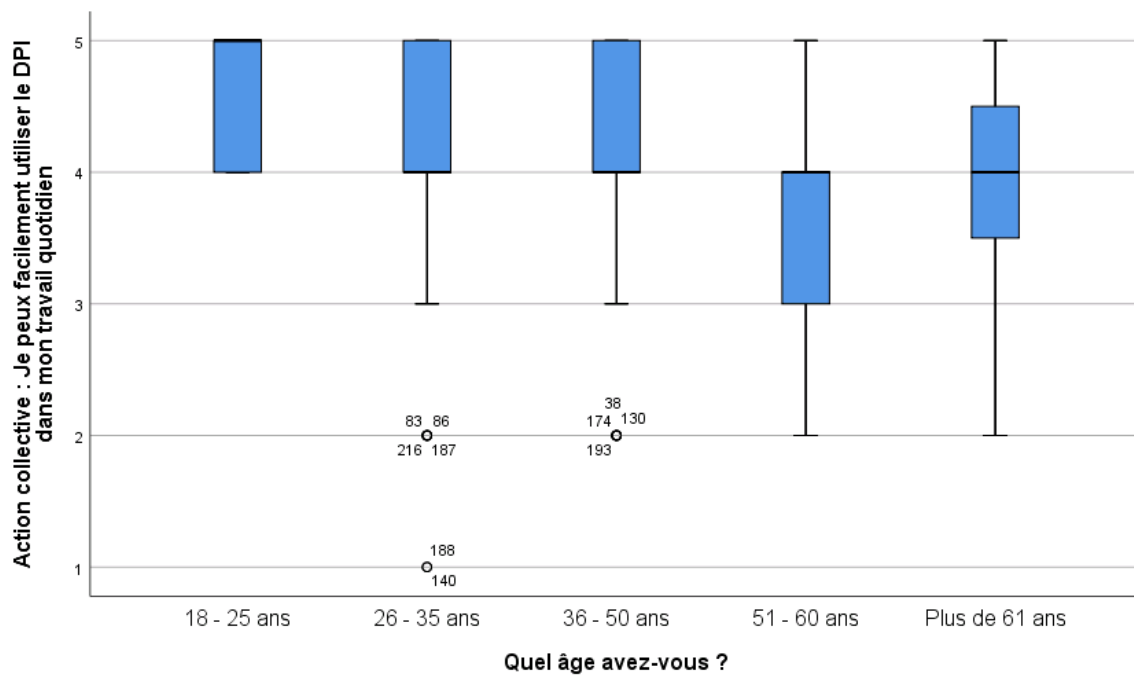


Figure 8 : box plot Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien / quel âge avez-vous ?

4.2 « Le DPI perturbe mes relations (avec mes collègues ou avec les patients) dans mon travail »

Cette deuxième affirmation obtient les percentiles suivants 3 [2 ; 4]. La médiane (3 = ni d'accord ni pas d'accord) nous indique une répartition plus ou moins égale des répondants pour cette affirmation. Les tests de Kruskal-Wallis ne nous indiquent pas de différence selon les facteurs de regroupement.

4.3 « J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI »

Pour cette affirmation, le test de Kruskal-Wallis nous indique que la fonction influence la confiance qu'ont les utilisateurs en la capacité des autres à utiliser le DPI.

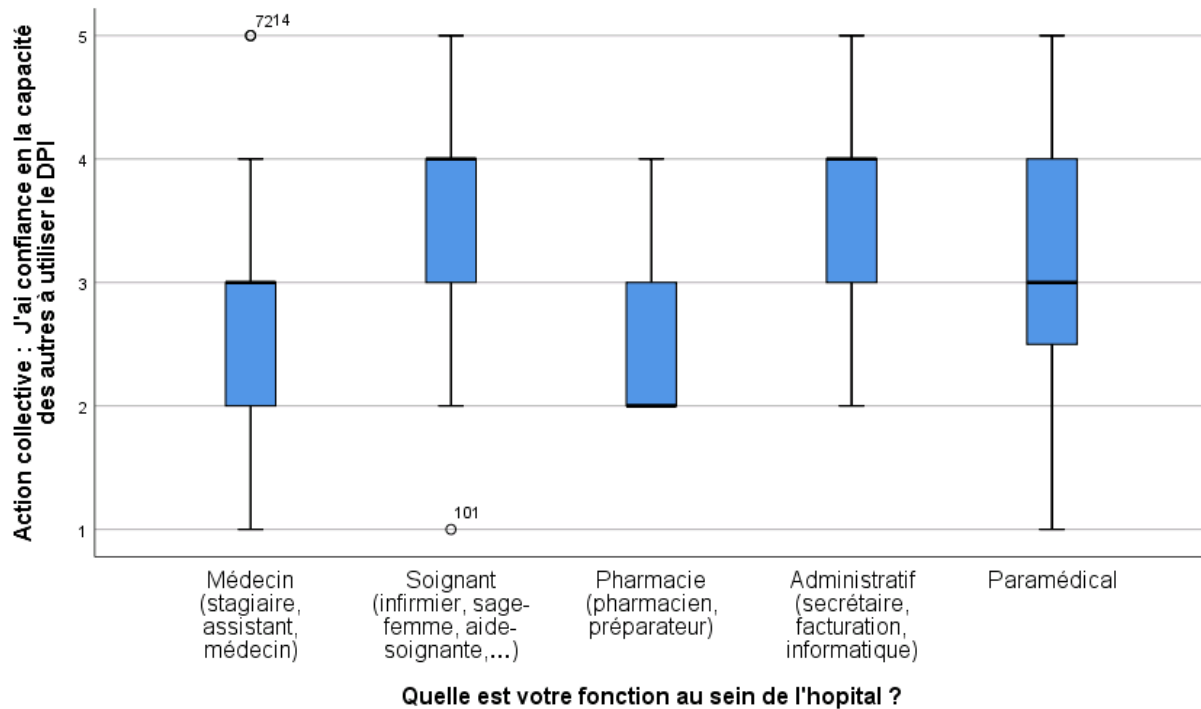


Figure 9 : box plot - J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI / fonction

Il semblerait, une nouvelle fois, que les médecins répondent différemment à cette affirmation. Pour affiner cette analyse, nous avons testé les réponses des médecins face aux autres fonctions, voici le tableau synthétisant les p-valeur obtenus avec les tests de Mann-Whitney.

Tableau 11 : p-valeur des tests Mann-Whitney - J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI / fonction

Test Mann-Whitney	Médecin
Soignant	0,000
Pharmacie	0,406
Administratif	0,003
Paramédical	0,168

Conclusion : les médecins ont moins confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI que les soignants ou les administratifs.

#### 4.4 « Chaque collaborateur a accès au DPI selon sa fonction »

Pour l'affirmation « Chaque collaborateur a accès au DPI selon sa fonction », nous ne notons pas de différence de réponse selon les variables de regroupement.

Nous avons donc un accord majoritaire (85,3 %) concernant la gestion des accès au DPI selon la fonction.

#### 4.5 « Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI »

Pour cette affirmation, nous observons les plus grosses différences de réponses au niveau des différentes fonctions, le graphique ci-dessous nous indique les percentiles pour chaque fonction :

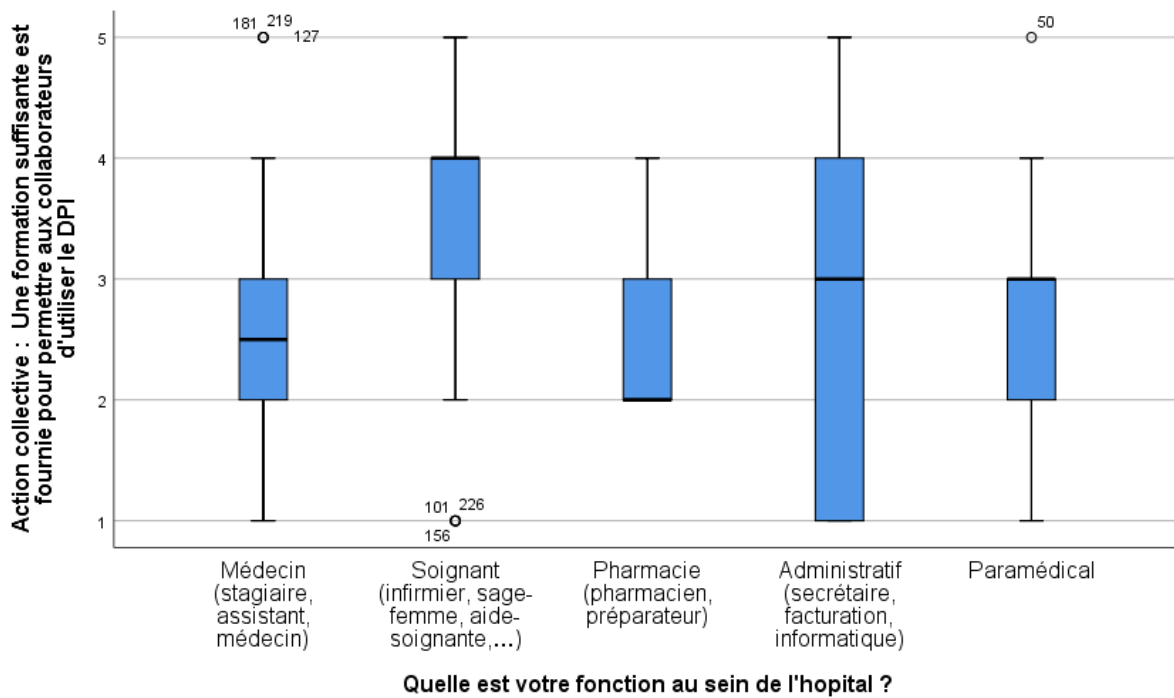


Figure 10 : box plot - Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI / fonction

Comme pour les précédentes affirmations nous avons testé les fonctions deux par deux avec un test de Mann-Whitney pour confirmer ce que les box plot ci-dessus illustre. Voici nos conclusions :

- Les médecins sont davantage insatisfaits de la formation par rapport aux soignants (p-valeur à 0,000)
- Les administratifs sont davantage insatisfaits de la formation par rapport aux soignants (p-valeur à 0,006)
- Les paramédicaux sont davantage insatisfaits de la formation par rapport aux soignants (p-valeur à 0,001)

Nous avons également observé une différence de réponse en fonction de l'expérience d'utilisation du nouveau DPI. Le graphique ci-dessous nous indique qu'entre 1 et 6 mois la satisfaction concernant la formation semble plus faible.

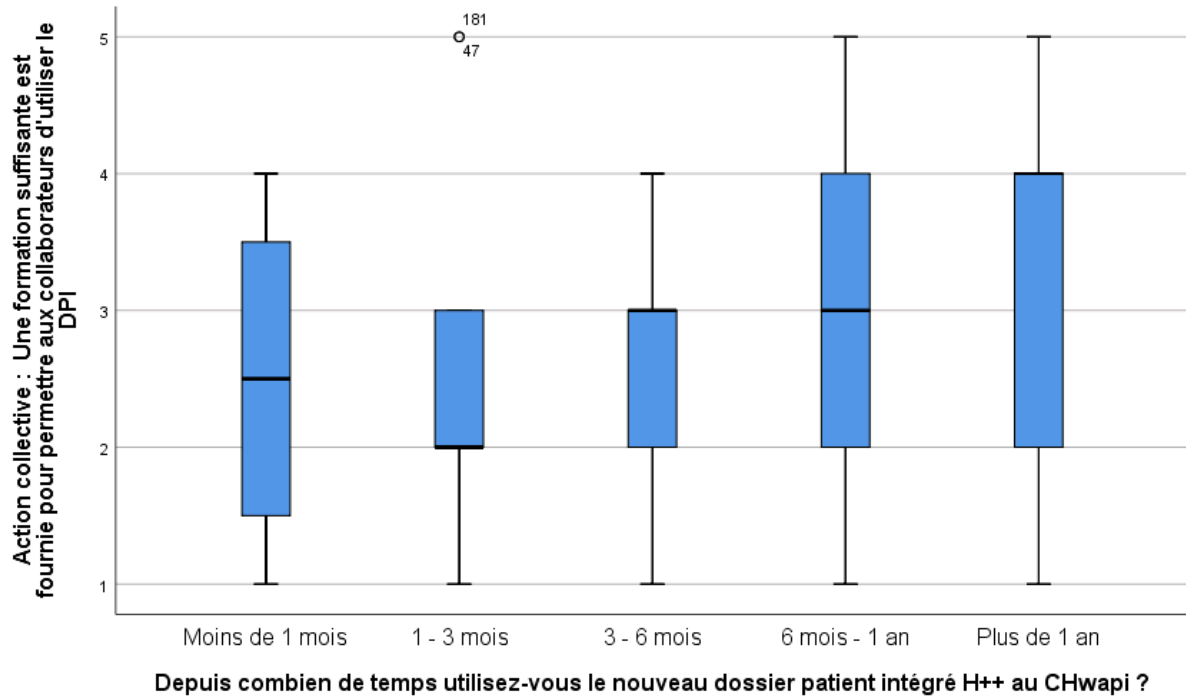


Figure 11 : box plot - Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI / depuis combien de temps utilisez-vous le DPI H++

4.6 « Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI. »

Nous observons une médiane à 3, ce qui signifie qu'au moins la moitié des répondants ne sont « ni d'accord ni pas d'accord » avec cette affirmation.

Nous observons, encore une fois, une différence au niveau des fonctions des répondants. Les médecins sont 42,4 % en désaccord avec cette affirmation contre seulement 11,4 % chez les soignants. Voici un tableau croisé reprenant la répartition des fréquence et pourcentage entre les différentes fonctions.



Tableau 12 : tableau croisé - Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI / fonction

**Tableau croisé Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ? \* Action collective : Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI**

			Action collective : Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI					
			Fortement en désaccord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Total
Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	Médecin (stagiaire, assistant, médecin)	Effectif	7	7	12	4	3	33
		% dans Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	21,2%	21,2%	36,4%	12,1%	9,1%	100,0%
	Soignant (infirmier, sage-femme, aide-soignante, ...)	Effectif	2	13	45	58	13	131
		% dans Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	1,5%	9,9%	34,4%	44,3%	9,9%	100,0%
	Pharmacie (pharmacien, préparateur)	Effectif	0	3	0	1	0	4
		% dans Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	Administratif (secrétaire, facturation, informatique)	Effectif	2	0	8	4	1	15
		% dans Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	13,3%	0,0%	53,3%	26,7%	6,7%	100,0%
	Paramédical	Effectif	3	8	3	9	1	24
		% dans Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	12,5%	33,3%	12,5%	37,5%	4,2%	100,0%
Total		Effectif	14	31	68	76	18	207
		% dans Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	6,8%	15,0%	32,9%	36,7%	8,7%	100,0%

Nous pouvons, pour cette affirmation, nous poser la question de la pertinence des réponses. Nous ne sommes pas convaincus que l'ensemble des utilisateurs aient connaissance du niveau des ressources nécessaires pour un tel projet. Ce qui peut expliquer la forte proportion de neutre.

#### 4.7 « La direction soutient le DPI »

Enfin, pour la dernière affirmation du concept d'action collective, nous avons interrogé les utilisateurs sur le soutien apporté par la direction au DPI. Ils sont 82,35 % à être d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation. Les différents tests effectués ne nous ont pas permis d'isoler des facteurs de regroupement influençant les réponses à cette affirmation.

## 5 Le suivi réflexif

Enfin, le dernier concept, le suivi réflexif qui consiste à évaluer et comprendre les effets de la nouvelle pratique sur les utilisateurs. Nous l'avons mesuré au travers de cinq affirmations :

- Je comprends les bénéfices du DPI pour les patients et les collaborateurs.
- L'ensemble des collaborateurs pense que le DPI est un atout.
- J'apprécie les bénéfices du DPI sur mon travail.
- Mon avis sur le DPI peut être utilisé pour l'améliorer à l'avenir.
- Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler.

Voici le tableau synthétisant les percentiles pour chaque affirmation :

Tableau 13 : percentiles concernant le suivi réflexif

		<b>Statistiques</b>				
		Suivi réflexif : Je comprends les bénéfices du DPI pour les patients et les collaborateur s	Suivi réflexif : L'ensemble des collaborateur s pensent que le DPI est un atout	Suivi réflexif : J'apprécie les bénéfices du DPI sur mon travail	Suivi réflexif : Mon avis sur le DPI peut être utilisé pour l'améliorer à l'avenir	Suivi réflexif : Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler
N	Valide	223	216	221	216	225
	Manquant	7	14	9	14	5
Médiane		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Percentiles	25	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00
	50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	75	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00

Nous allons maintenant analyser séparément chaque distribution afin d'étudier les éventuels facteurs qui les influencent.

### 5.1 « Je comprends les bénéfices du DPI pour les patients et les collaborateurs »

La première affirmation interroge les utilisateurs sur leur compréhension des bénéfices du DPI autant pour les patients que pour eux-mêmes. Les percentiles (4 (4 ; 5)) nous indiquent que plus de 75 % des avis sont favorables de la part de nos utilisateurs pour cette affirmation.

Parmi les facteurs de regroupement, seule l'aisance avec l'outil informatique semble favoriser la compréhension des bénéfices du DPI. Voici la distribution sous forme de box plot :

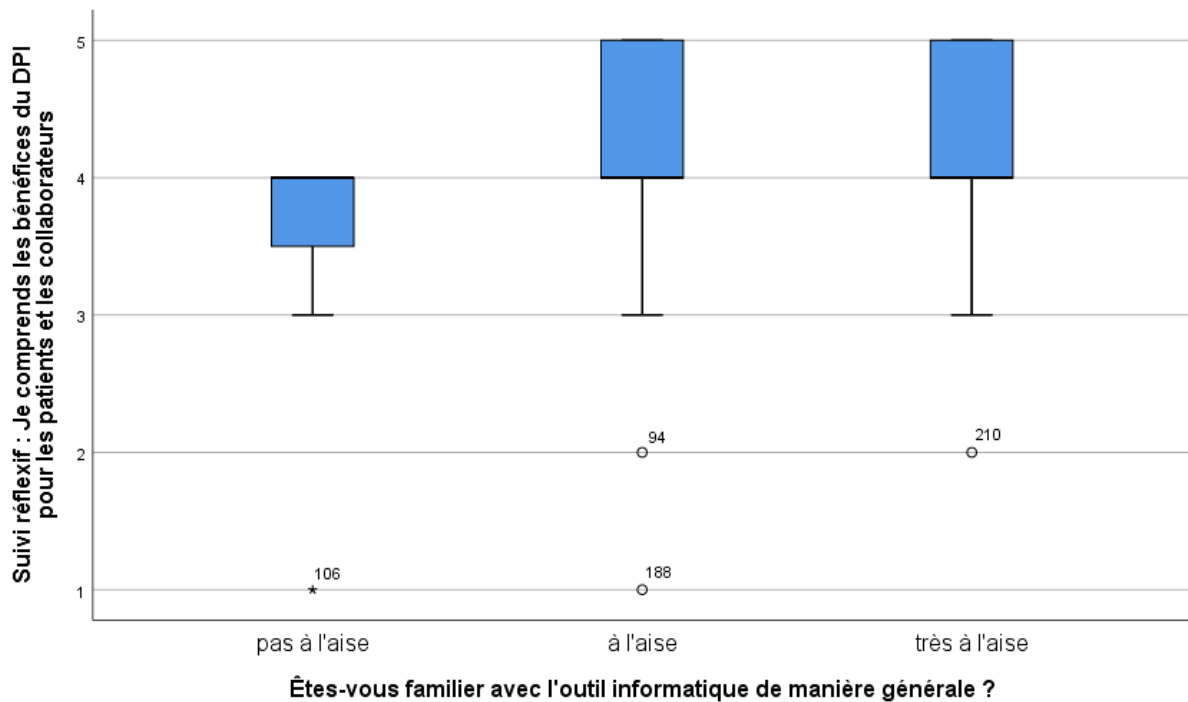


Figure 12 : box plot - Je comprends les bénéfices du DPI pour les patients et les collaborateurs / êtes-vous familier avec l'outil informatique ?

Le test de Kruskal-Wallis, nous confirme qu'il existe une différence dans les réponses à cette affirmation selon les trois groupes (pas à l'aise – à l'aise – très à l'aise) avec une p-valeur égale à 0,001.

## 5.2 « L'ensemble des collaborateurs pense que le DPI est un atout »

Cette deuxième affirmation du concept de suivi réflexif porte sur la compréhension commune du DPI. Contrairement à l'affirmation précédente, elle pose question non pas sur sa propre compréhension, mais sur celle de l'ensemble des collaborateurs.

Parallèlement à la première affirmation, nous avons 51,4 % des utilisateurs qui sont d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation.

C'est également au niveau de l'aisance avec l'informatique que nous observons des différences. Voici les box plot selon ce facteur de regroupement :

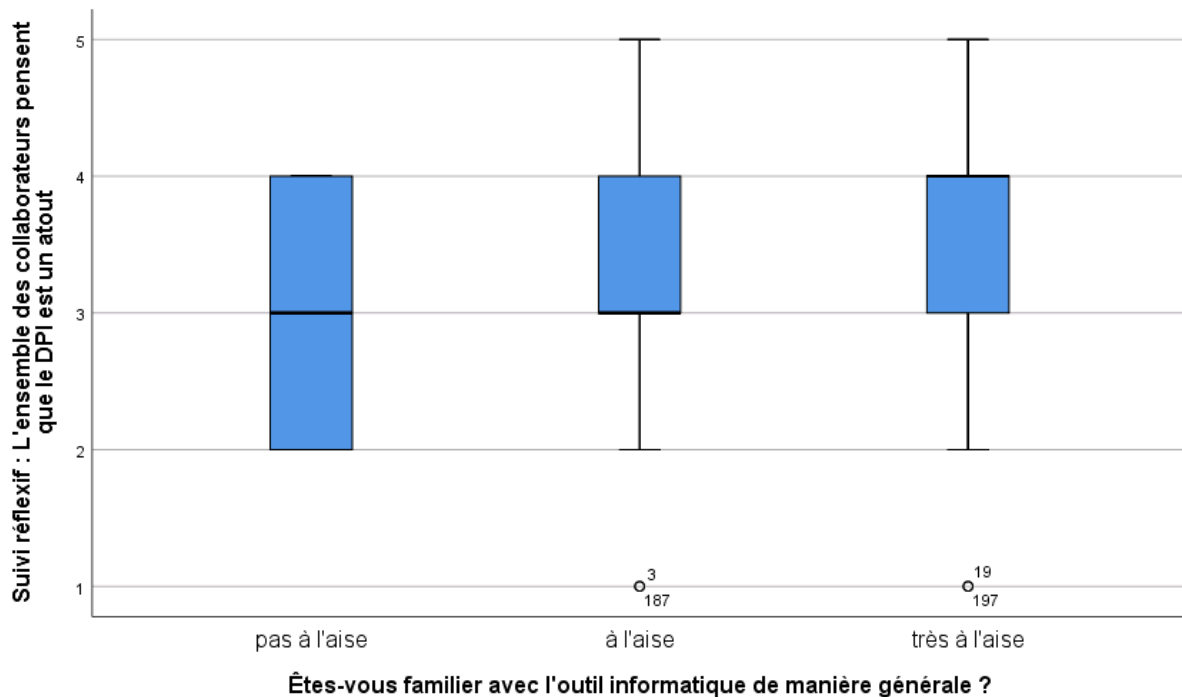


Figure 13 : box plot - L'ensemble des collaborateurs pensent que le DPI est un atout / êtes-vous à l'aise avec l'informatique

Le test de Kruskal-Wallis nous confirme bien la différence selon ce facteur (p-valeur égale à 0,042).

### 5.3 « J'apprécie les bénéfices du DPI sur mon travail. »

Pour cette question, nous avons souhaité interroger les utilisateurs sur les bénéfices ressentis du DPI sur leur travail. La distribution des percentiles nous indique qu'au moins la moitié des répondants est d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation.

Les tests de Kruskal-Wallis ne nous indiquent pas de différence entre certains groupes.

### 5.4 « Mon avis sur le DPI peut être utilisé pour l'améliorer à l'avenir. »

La quatrième affirmation de ce concept porte sur la possibilité, pour les utilisateurs, d'exprimer leur avis sur le DPI pour l'améliorer. L'échantillon des réponses nous indique une majorité d'utilisateurs d'accord avec cette affirmation avec plus de 75 % de personnes d'accord ou tout à fait d'accord.

Les tests de Kruskal-Wallis nous informent sur les facteurs exerçant une influence sur cette affirmation. Le premier facteur est l'aisance avec l'outil informatique, plus l'utilisateur

dit être à l'aise avec l'informatique plus, il a le sentiment que son avis peut être utilisé pour améliorer le DPI. Ci-dessous les box plot :

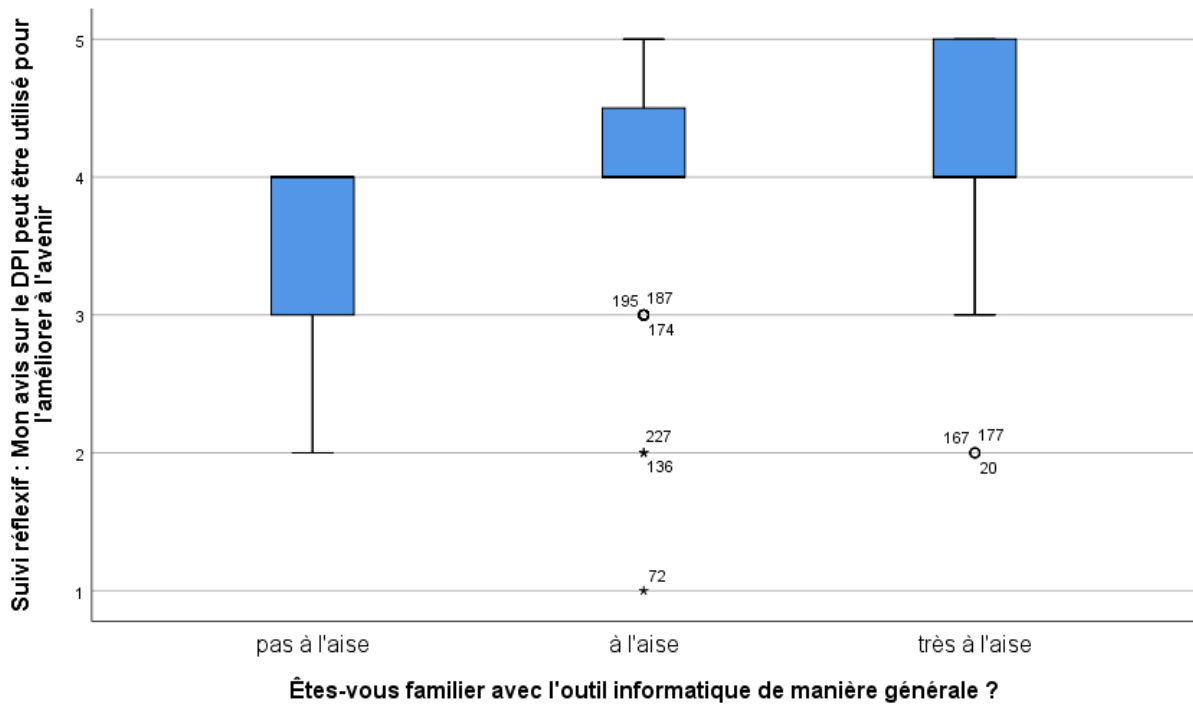


Figure 14 : box plot - Mon avis sur le DPI peut être utilisé pour l'améliorer à l'avenir / êtes-vous familier avec l'outil informatique ?

Nous retrouvons également l'expérience dans l'utilisation du DPI, les nouveaux utilisateurs (moins d'un mois d'utilisation) semblent en désaccord avec cette affirmation :

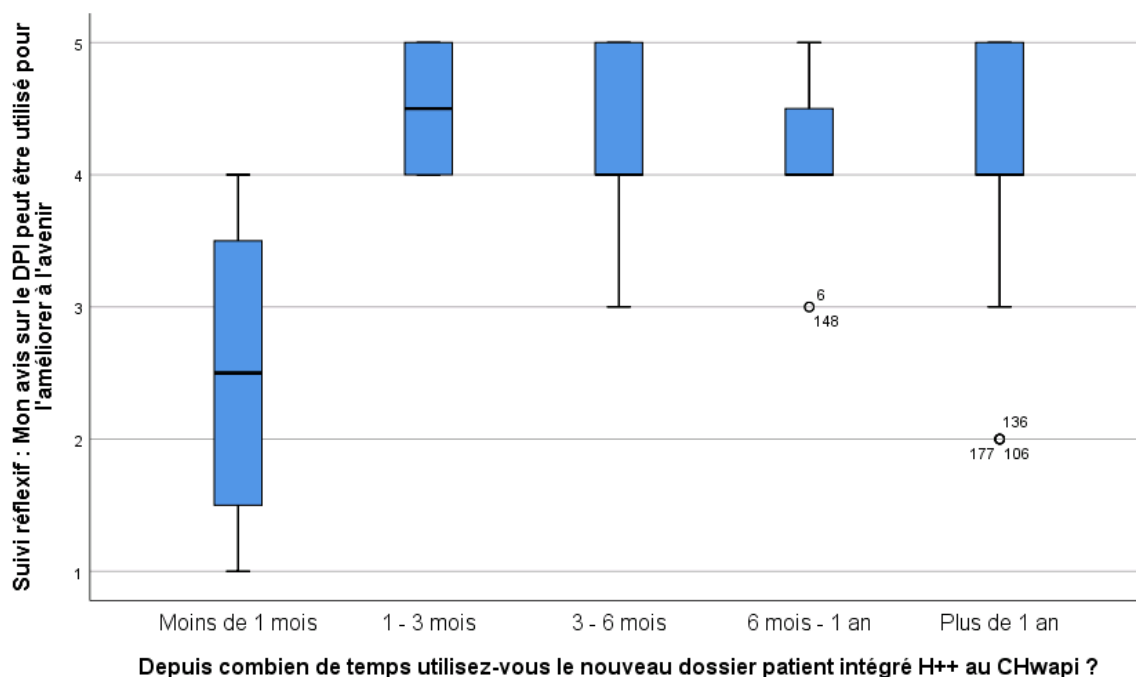


Figure 15 : box plot - Mon avis sur le DPI peut être utilisé pour l'améliorer à l'avenir / depuis combien de temps utilisez-vous le DPI H++ ?

### 5.5 « Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler »

Enfin, dernière affirmation de cette enquête, elle questionne les utilisateurs sur les possibilités d'améliorations apportées par le DPI sur leur façon de travailler.

Nous observons, grâce au test de Kruskal-Wallis, des différences de réponse pour les différentes fonctions qui composent l'échantillon (p-valeur égale à 0,042). Nous avons testé chacun des groupes avec un test de Mann-Whitney, afin d'isoler les groupes différents.

Tableau 14 : p-valeur test Mann-Whitney - Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler / fonction

	Médecin	Soignant	Pharmacie	Administratif	Paramédical
Médecin	/	/	/	/	/
Soignant	0.021	/	/	/	/
Pharmacie	0.054	0.112	/	/	/
Administratif	0.609	0.143	0.042	/	/
Paramédical	0.260	0.463	0.109	0.531	/

Conclusion :

- Les soignants sont davantage en accord avec l'affirmation « Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler » que les médecins. (p-valeur = 0,021)
- Les pharmaciens sont davantage en accord avec l'affirmation « Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler » que les administratifs. (p-valeur = 0,042)

Cette dernière partie nous a permis de détailler les résultats statistiques issus de notre questionnaire. En nous basant sur ces résultats et sur notre partie théorique, nous allons, dans la prochaine partie, proposer un plan d'actions concernant la gestion du changement adapté au déploiement d'un DPI au sein d'un hôpital.

## 4<sup>e</sup> partie : discussion et conclusion

Pour cette dernière partie, nous allons, dans un premier temps, discuter des résultats obtenus lors de notre enquête en incluant les éventuels biais. Dans une seconde partie, nous dresserons la liste des changements induits par le déploiement d'un nouveau DPI. Cette liste nous permettra, ensuite, d'établir un plan d'action concernant la gestion du changement pour un futur déploiement DPI.

### 1 Discussion autour des résultats

Avant d'évoquer les conclusions des résultats, nous allons lister les biais de notre étude. Premièrement, il est probable que la majorité des répondants soient des utilisateurs ayant soit un avis très positif ou soit très négatif sur le DPI. Nous pouvons facilement imaginer qu'un prestataire mécontent du logiciel saisisse l'opportunité de cette enquête pour exprimer son avis. Le deuxième biais de notre étude concerne les variables confondantes possibles. Parmi celle-ci, nous pouvons citer l'expérience d'utilisation acquise pour les infirmiers. En effet, les infirmiers ont migré bien avant les médecins sur le nouveau DPI. Nous pouvons, également, citer les sous-ensembles existants dans le groupe médecin. Nous aurions pu poser la question pour différencier les stagiaires, les assistants et les médecins séniors. Enfin, le dernier biais que nous souhaitons évoquer est le faible nombre de participants issus du secteur de la pharmacie, seules quatre personnes ont répondu sur les cinquante-trois potentiels. Ce manque de précisions ne nous permet pas d'extrapoler les résultats obtenus pour l'ensemble de la profession pharmacien.

Pour rappel, notre enquête se base sur *the normalization process theory*, qui se définit au travers de quatre concepts : la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et le suivi réflexif. Chaque concept permet de mesurer l'adhésion des utilisateurs à un projet. Pour mesurer les concepts, nous avons proposé des affirmations aux utilisateurs en leur demandant s'ils étaient d'accord ou non. Pour analyser les réponses, nous avons posé quelques questions au préalable afin de catégoriser les répondants selon leurs années d'expérience, leur âge ou encore leur fonction au sein de l'hôpital. Parmi l'ensemble des caractéristiques, nous avons pu, au travers des tests de Kruskal-Wallis et de Mann-Whitney, isoler les facteurs ayant de l'influence sur les réponses aux différentes affirmations. Le tableau ci-dessous reprend le nombre d'affirmations (vingt au total) influencées par caractéristique :



Tableau 15 : nombre d'affirmations influencées par caractéristique

Depuis combien d'années travaillez-vous ?	2
Depuis combien d'années travaillez-vous pour le CHwapi ?	1
Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?	7
Exercez-vous une fonction de manager ? (chef d'unité, chef de service, coordinateur, directeur, référent)	7
Quel âge avez-vous ?	1
Êtes-vous familier avec l'outil informatique de manière générale ? <b>(3 catégories)</b>	9
Depuis combien de temps utilisez-vous le nouveau dossier patient intégré H++ au CHwapi ?	4
À quelle fréquence utilisez-vous le DPI ? ("jamais" exclue)	4

Nous observons une forte influence pour les caractéristiques liées à la fonction, au rôle de manager et à l'aisance avec l'outil informatique. À l'inverse l'âge et l'expérience professionnelle, ne semble pas avoir beaucoup d'influence sur les différents concepts d'adhésion contrairement à ce que nous avons mentionné dans les hypothèses de travail.

Ce questionnaire nous a montré que la fonction des utilisateurs avait une influence sur leurs réponses aux différentes affirmations. Cette différence peut s'expliquer par le premier changement induit par le DPI, que nous avons développé précédemment, c'est un dossier unique et non pas un dossier médical ou infirmier. Les tests de Mann-Whitney nous ont permis d'affirmer qu'il existait une différence significative (p-valeur inférieure à 0,05) entre les médecins et les soignants pour les affirmations suivantes :

- Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs.
- Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien.
- J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI.
- Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI.
- Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI.
- J'apprécie les bénéfices du DPI sur mon travail.
- Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler.

Pour chacune de ces affirmations, nous observons que les soignants sont davantage d'accord par rapport aux médecins. Ces résultats nous amènent à penser que l'adhésion à ce nouveau

DPI est plus contrastée pour les médecins que pour les soignants. Ce constat peut en partie s'expliquer par l'accroissement du nombre de données présent dans le DPI. Certaines d'entre elles ne sont pas jugées utiles par l'ensemble des médecins qui, dans l'exercice de leur fonction n'ont pas le besoin de consulter l'ensemble des données du patient. Nous notons, pour ce point, une différence de point de vue selon les médecins. L'obligation de structure est également un élément permettant de comprendre ces différences de résultat. Le nouveau DPI occasionne plus de contraintes. L'analyse de toutes ces données et la publication de rapports d'activité personnalisés pourraient constituer une action permettant d'améliorer le sentiment général de certains médecins. Côté soignants, le déploiement du nouveau DPI est vécu comme une amélioration significative de leur travail au quotidien comme évoqué dans l'analyse des résultats.

Le passage au DPI a eu plusieurs avantages pour les soignants. Premièrement, il permet une meilleure transversalité entre les différents prestataires de soins. Les infirmiers ont accès beaucoup plus facilement au bilan médical et paramédical, ce qui leur permet d'avoir une vue globale sur leur patient et ainsi optimiser leur prise en charge. Deuxièmement, le DPI permet d'optimiser l'encodage des données infirmières. Ces données sont primordiales pour assurer les transmissions d'informations, mais également pour le financement du personnel infirmier. Le DPI permet l'extraction de données permettant de mesurer la charge de travail infirmier au travers du résumé hospitalier minimum, et ainsi calculer le financement dont l'hôpital pourra bénéficier.

Nous avons également questionné les utilisateurs sur les perturbations engendrées par le DPI. Ces perturbations peuvent être dues à la perte de temps occasionnée par son utilisation. 1/3 des répondants affirment que le DPI perturbe leurs relations au travail. Il est nécessaire dès aujourd'hui de réfléchir aux différents moyens possibles pour faire gagner du temps aux utilisateurs. La lecture de l'article « Le modèle d'acceptation des technologies depuis 1986 : 30 ans de développement » (Atarodi, Maria Berardi, & Toniolo, 2018) nous indique l'importance de la facilité d'utilisation perçue dans l'acceptation des nouvelles technologies. Ce point fera donc l'objet d'une action spécifique dans notre conclusion.

Dans la partie suivante, nous allons évoquer la nature des changements induits par le déploiement du DPI. Ce constat nous permettra, en plus de la discussion autour des résultats, de proposer un plan d'actions adapté à ce changement.

## 2 La nature des changements

Le déploiement d'un nouveau DPI dans un hôpital provoque de nombreux changements de différentes natures.

Le premier changement porte sur la philosophie même du DPI. Ce nouveau dossier est différent de ce que nous avons toujours connu. Il s'agit ici d'un dossier patient unique, où chaque professionnel est contributeur. Le professionnel de soins ne dispose plus de son dossier personnel, où il peut choisir aussi bien le fond que la forme du contenu qu'il encode. Le DPI implique une modification dans la façon dont les prestataires remplissent leurs dossiers. Les précédents logiciels, ou les versions papier, ont permis aux professionnels d'encoder des données patient de manière extrêmement libre. Le nouveau DPI propose ou impose une structuration dans la saisie des données. Chaque donnée a une place précise dans le dossier. Il est également possible d'introduire des contraintes de clôture dans un dossier, si tous les champs ne sont pas complétés correctement. Ce changement imposé par le DPI limite la possibilité pour le prestataire de personnaliser son dossier patient. Cette structuration est nécessaire, car il ne s'agit plus d'un dossier personnel, mais bien d'un dossier partagé avec l'ensemble des prestataires de soins. Une donnée encodée par un professionnel doit être disponible pour un autre (s'il dispose des autorisations d'accès). Il y a donc une notion de transparence accrue par rapport au précédent modèle. Cette modification de structure permet, dès aujourd'hui, à l'ensemble des professionnels, d'exploiter ces milliers de données via des logiciels d'intelligence artificielle, par exemple. Il existe déjà des logiciels qui permettent, par exemple, de prédire l'afflux de patient aux urgences ou de localiser des tumeurs sur des examens d'imagerie médicale. Cette notion d'intelligence artificielle nous amène vers le deuxième changement induit par le DPI, il s'agit de l'aide à la décision.

L'évolution technologique permet aujourd'hui la mise en production de fonctionnalités innovantes qui vont aider les professionnels de la santé dans la prise en charge des patients. Ces nouvelles fonctionnalités peuvent être vécues comme une intrusion dans le quotidien des prestataires des soins. La surcharge de travail liée à l'encodage structuré de toutes ces données est également une des raisons pour lesquelles certains médecins se plaignent de l'informatisation du milieu médical comme nous l'évoque le Dr Alain De Wever, dans un article paru dans le journal du médecin en mai 2017 : « *La complexité et la variété de ces informations souvent non structurées ont contribué à la méfiance et au progressif rejet des*

*instruments de l'informatique et de ses exigences formalisées par la nécessité d'une nouvelle organisation dans l'écriture, la codification et la hiérarchie des informations médicales.* » (De Wever, 2017)

Enfin, nous avons souhaité évoquer le contexte du CHwapi. Au cours des dix dernières années, les utilisateurs ont vécu de nombreux changements concernant le DPI. Il y a d'abord eu la fusion en 2010, qui a provoqué un premier changement dans l'utilisation des logiciels dossier patient. Certains médecins ont dû faire un premier changement pour obtenir un dossier médical unique au sein de l'institution. Puis il y a eu le projet ZÉPHYR. Ce projet, qui a permis la mise en production d'un DPI unique pour l'ensemble des professionnels de soins, a été un grand changement pour la plupart des utilisateurs. Certains sont passés d'un dossier papier à un dossier informatisé et tous sont passés d'un dossier personnel à un dossier patient unique utilisé par tous. En 2021, le CHwapi va de nouveau se lancer dans un nouveau déploiement DPI, ce changement rapide de DPI pose question pour les utilisateurs. Il est donc primordial de travailler sur un plan de gestion du changement pour obtenir l'adhésion et la participation d'un maximum d'utilisateurs finaux.

Nous allons maintenant présenter le plan d'action que nous avons élaboré en nous basant sur la théorie vue dans notre première partie et sur l'analyse des résultats consécutif à notre enquête auprès des utilisateurs du DPI au CHwapi.

### 3 Plan d'action pour le futur déploiement DPI

Nous allons ici vous proposer un plan d'action à mettre en place durant un déploiement DPI. Ce plan d'action concerne exclusivement la gestion du changement, qui devra s'ajouter à la gestion de projet global. Ce plan est une synthèse des principales théories que nous avons détaillées dans notre 1<sup>ère</sup> partie, il s'appuie également sur les différents constats que nous avons pu dégager de notre enquête sur les facteurs d'adhésion au projet de déploiement du DPI. Enfin nous avons souhaité y ajouter des actions concrètes.

Nous avons fait le choix d'un plan d'action selon trois axes, le premier concerne la préparation, le deuxième concerne la communication et enfin le dernier axe qui concerne la formation et l'accompagnement. Ces différentes parties ne se déroulent pas l'une à la suite de l'autre, mais plutôt de manière conjointe, la communication ne se limite pas à une étape du projet, elle doit être omniprésente. En parallèle de ces trois axes, il doit y avoir une supervision globale du changement, avec pour objectif d'ajuster en permanence les différentes actions contenues dans ce plan.

Nous avons suivi la logique des méthodes Agile (cfr point 4.3), où les utilisateurs finaux occupent une place importante dans cette gestion du changement. Nous avons souhaité favoriser au maximum la participation des différentes parties prenantes dans notre plan d'action.

#### 3.1 La supervision du changement

Avant de décrire notre plan d'action, nous allons évoquer les éléments nécessaires pour optimiser la supervision du changement. Pour cela, nous nous sommes inspirés de la méthodologie PRINCE2. Nous proposons d'utiliser les éléments repris dans le business case, qui permet d'évaluer les points suivants :

- Un résumé de l'action ;
- Les raisons pour lesquelles l'action est requise ;
- Les options possibles ;
- Les bénéfices attendus ;
- Les inconvénients attendus ou bénéfices perçus comme négatifs ;
- La durée de l'action ;
- Les coûts ;
- Les risques majeurs.

Le plan d'action comprenant de nombreuses pistes, il est nécessaire de mettre en place des tableaux de bord reprenant différents indicateurs permettant au comité de pilotage de suivre l'évolution du projet. Voici une liste d'indicateurs pouvant s'avérer utiles pour la gestion du changement lors d'un déploiement DPI :

- Appel des utilisateurs au support pour des questions liées au fonctionnement du logiciel,
- Utilisation effective du DPI après déploiement,
- Satisfaction utilisateur,
- Temps passé sur le DPI par jour.

Ces tableaux de bord seront consultés par le comité de pilotage (COPIL) du projet, qui devra, de manière systématique, aborder la gestion du changement durant les réunions de suivi. En complément du COPIL, il est peut-être intéressant de constituer un comité d'utilisateurs. Ce comité aurait pour objectif de prendre certaines décisions, par exemple, le choix dans la structure des formulaires utilisés dans le DPI ou le fait de rendre obligatoire l'encodage d'une donnée spécifique. Ce comité pourrait également permettre à l'équipe projet d'ajuster les éléments de communication, de formation et d'accompagnement. Lors de l'analyse de notre enquête nous avons constaté que plus de 75 % des répondants estimés devoir participer au développement du DPI. Enfin, pour constituer ce groupe, il est important de s'entourer de collaborateurs ayant une influence sur leurs collègues. Nous avons pu, au travers de nos différentes lectures, constater la force de l'influence par les pairs dans l'acceptation d'un changement. Pour notre comité d'utilisateurs, il nous faudra un représentant de chaque fonction, ayant une influence sur ses pairs.

### 3.2 Axe 1 : la préparation

Avant la mise en œuvre de ce projet, il convient dans un premier temps de préparer et donc d'anticiper le maximum d'éléments. Il est en de même pour la gestion du changement qui accompagne le déploiement d'un nouveau DPI. Dans cette première phase, il est d'abord nécessaire de poser le diagnostic du changement. Qu'est-ce qui va changer ? Quels sont les collaborateurs impactés ? Il faut déterminer la durée du changement et le temps d'adaptation nécessaire. Il est également souhaitable de prévoir le coût du changement, en termes de financement et de ressources humaines nécessaires pour accompagner les utilisateurs. Une fois le diagnostic posé, il faut le communiquer aux futurs bénéficiaires. Ensuite, il convient de créer une équipe qui va gérer le changement. Cette équipe est différente du comité de pilotage et du

comité d'utilisateurs. Elle est composée idéalement de personnes ayant des compétences dans la gestion de projet et dans la gestion du changement. Leur rôle est d'accompagner les utilisateurs dans la transition vers le nouveau DPI. Enfin, cette coalition doit créer une vision, qui leur permettra de communiquer avec les futurs bénéficiaires. Il est important de partager le sens du changement qui va arriver, il faut aider les utilisateurs finaux à s'approprier ce nouveau projet.

### *3.2.1 Diagnostic du changement*

Nous avons vu, dans notre première partie, une théorie appelée les cycles du changement (Autissier & Moutot, Méthode de conduite du changement, 2016) proposé par David Autissier et Jean-Michel Moutot. Le premier cycle correspond au diagnostic du changement. Nous allons ici vous proposer un exemple pour le projet de déploiement d'un nouveau DPI. Pour cela, nous allons nous appuyer sur les éléments suivants :

- L'origine du besoin : Le changement du DPI au CHwapi est motivé par diverses raisons. La première est le souhait d'uniformiser la solution applicative pour trois des hôpitaux quatre du réseau PHARE et ce afin de faciliter le transfert d'information entre nos institutions pour améliorer la prise en charge des patients. La deuxième raison est liée à l'évolution des nouvelles technologies dans le milieu de la santé. Intelligence artificielle, mobilité, connectivité sont autant de fonctionnalités qui nécessitent un DPI performant. La vétusté et les nombreuses faiblesses du DPI actuel incitent également les institutions à opter pour ce changement. La dernière raison que nous pourrions évoquer ici est l'augmentation de l'implication des acteurs extrahospitaliers dans la prise en charge du patient. Nos institutions vont devoir s'ouvrir sur l'extérieur afin de partager des données avec les professionnels de première ligne (infirmier à domicile, médecin traitant, etc.). Il est également nécessaire de donner la possibilité au patient d'interagir avec son dossier à tout moment pour, par exemple, renseigner des informations concernant sa santé. C'est donc pour toutes ces raisons qu'il est nécessaire de changer de DPI au CHwapi.
- Le périmètre du changement : le périmètre du changement est mesuré par le nombre de collaborateurs impactés par le déploiement du nouveau DPI. En plus des prestataires de soins, ce sont la plupart des services supports qui seront touchés par ce projet. Des services informatiques à la facturation en passant par les secrétariats, c'est une grande majorité des collaborateurs de l'hôpital qui devra faire face au changement.

Aujourd'hui, le CHwapi compte une multitude de logiciels médicaux pour couvrir l'ensemble de son activité. Le nouveau DPI se veut le plus complet possible. Il devra, donc, intégrer la plupart des spécialités.

- Les résultats attendus : les résultats attendus de ce changement sont le passage à un logiciel unique pour la plupart des prestataires de soins de l'hôpital et donc la suppression de plusieurs logiciels spécialisés. Les institutions qui font ce changement attendent également une uniformisation des procédures et des pratiques en lien avec le DPI.
- Les gains attendus : nous attendons de ce nouveau DPI une amélioration significative pour les patients, pour les utilisateurs, mais aussi pour les personnes qui assure le support et la formation, et ceux dès la mise en production de ce logiciel. Nous attendons, également, une amélioration de la transmission d'informations au point de transition, c'est-à-dire lors d'un transfert d'un patient, par exemple, ou lors d'un changement de poste entre deux prestataires de soins. Le deuxième gain attendu est un gain de temps pour l'ensemble des professionnels de soins. Ce nouveau DPI doit permettre au soignant de passer le plus de temps possible auprès de ses patients. Enfin, le dernier bénéfice attendu est l'amélioration de la qualité des soins grâce à des systèmes d'aide à la décision, par exemple, pour la mise en place d'un traitement ou pour le choix des examens diagnostics.
- Les risques perçus : les risques d'un tel changement sont nombreux. Le plus évident c'est bien entendu la non-adhésion des utilisateurs finaux. Ce risque peut s'expliquer par le manque de performance du nouveau logiciel (lenteur, indisponibilité, etc.), mais aussi par le non-respect des attentes métiers.
- La cartographie des acteurs : le DPI est un outil multidisciplinaire. Il impacte donc l'ensemble des prestataires de soins qui gravite autour du patient lors d'une prise en charge.

Une fois l'analyse de ces éléments terminée, il est important de la synthétiser pour pouvoir la communiquer aux utilisateurs finaux.

Ce diagnostic est très important. Il permet, une fois la communication effectuée, de bien différencier le nouveau DPI de l'ancien. Il permet également de faire comprendre aux utilisateurs l'utilité de ce changement. Ces éléments, nous les avons mesurés au travers du concept de cohérence dans notre enquête. Nous avons constaté, par exemple, que 83 % des



répondants affirment que le nouveau DPI est bien différent de l'ancien. Ils sont également plus de 80 % à affirmer que ce nouveau DPI a modifié leur travail au quotidien. Ce constat nous confirme l'impact sur les utilisateurs de ce changement.

### *3.2.2 Former une coalition*

La deuxième étape de notre partie de préparation consiste en la formation d'une équipe performante pour gérer le changement induit par le déploiement du nouveau DPI. Pour rappel, ici, nous parlons exclusivement de la gestion du changement et non de la gestion de projet global.

Pour composer cette équipe, nous allons évoquer les compétences requises pour assurer la gestion du changement. Le premier membre de l'équipe est le chef de projet. Il doit planifier les différentes actions liées à la gestion du changement dans son plan de projet. Il est également en charge de la communication, que nous détaillerons dans une prochaine partie. Pour l'accompagner, il faut prévoir des agents du changement, leur rôle consiste à former les futurs utilisateurs, à les accompagner et à communiquer la vision du projet auprès des utilisateurs finaux. Leur rôle est primordial. Ils assurent le lien entre les gestionnaires du projet et les collaborateurs du terrain. Pour être agent du changement, il est nécessaire d'avoir les compétences suivantes :

- Pédagogue : la première fonction d'un agent du changement consiste à former les utilisateurs au nouveau DPI. Il est donc souhaitable d'avoir des notions de pédagogie.
- Social : cette fonction requière des facilités de communication. L'agent du changement doit être à l'aise avec l'ensemble des prestataires de soins.
- Adaptabilité et calme : en gestion du changement, il est souvent nécessaire de faire preuve de souplesse pour s'adapter au mieux aux différents profils rencontrés sur le terrain. Il faut également savoir trouver les mots justes et la bonne attitude pour pouvoir gérer un utilisateur anxieux face au nouveau DPI.

Nous pensons qu'une expérience de terrain est un atout pour exercer cette fonction. Connaître la réalité des soins peut accroître une certaine légitimité auprès des futurs utilisateurs. Ces agents du changement pourront s'appuyer sur des référents, par unité ou par discipline, appelés aussi key user. Ces référents sont des utilisateurs du DPI (infirmier, médecin, paramédical, secrétaire, pharmacien) qui ont un vif intérêt pour l'informatisation du dossier patient. Ils sont nommés en amont du projet et travaillent en collaboration avec l'équipe DPI de l'hôpital.

Durant la phase de déploiement, ils peuvent être détachés, en partie ou totalement, de leur fonction pour intégrer l'équipe projet. Cette proposition fait suite à notre questionnaire où nous avons constaté que 75 % des répondants affirmés réfléchir avec leurs collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI. Nous proposons donc ici de s'appuyer sur des référents pour faire remonter le fruit de leurs réflexions.

Enfin, l'équipe doit intégrer des paramétreurs DPI, qui, en collaboration avec les agents du changement et les key user, vont permettre de configurer le logiciel. Leur travail peut se faire en utilisant la méthode Agile, que nous avons détaillée préalablement. La configuration du logiciel doit se faire en étroite collaboration avec les utilisateurs sur des périodes de temps relativement courtes. Il est important de démontrer aux prestataires de soins que nous sommes à l'écoute de leur besoin et que l'équipe DPI est réactive lors de la réception d'une demande. Nous recommandons cependant de rester dans une logique d'adoption du nouveau DPI et non d'adaptation, et cela afin d'harmoniser les pratiques en se basant sur les bonnes pratiques déjà intégrées dans le logiciel. Enfin, il est également souhaitable de faire preuve de proactivité et donc de proposer de nouvelles fonctionnalités ou de nouvelles procédures permettant aux utilisateurs d'optimiser leur travail au quotidien.

### 3.3 Axe 2 : la communication

Le deuxième axe de notre plan de gestion du changement concerne la communication. Cette partie est omniprésente durant toute la durée du projet. Pour établir ce plan, nous nous sommes inspirés du plan de communication d'un projet en sept étapes proposé par le Service Public Fédéral Personnel et Organisation. Ce plan utilise « *une méthode en 7 étapes, basée sur le principe du processus d'amélioration continue. Il s'agit d'un procédé itératif : le plan de communication suit le rythme du projet, s'adapte et évolue au gré des nécessités du projet.* » étapes (Service Public Fédéral Personnel et organisation, 2016). Vous trouverez la synthèse de ce plan dans les annexes (annexe n°4 : Plan de communication d'un projet : résumé des 7 étapes).

Les premiers éléments de communication sont basés sur le diagnostic préalablement établi lors de la phase de préparation. Cela représente les étapes 1 et 2 du plan de communication. C'est également dans ces étapes qu'il convient de lister les moyens de communication à disposition : affiche, note de service, vidéo, newsletter, etc. Ensuite, il est important de définir les objectifs des communications qui seront effectuées. C'est l'étape 3.

L'étape 4 se base sur l'analyse des groupes cibles permettant de choisir quel moyen de communication est le plus adapté en fonction du profil des cibles. Nous allons maintenant définir le plan d'action que nous souhaitons mettre en place pour la communication. Il est important de clarifier quand, comment et vers qui nous souhaitons communiquer. Nous avons choisi trois moments clés de communication, en nous basant sur les huit étapes du changement définies précédemment. La première communication permet de créer le sentiment d'urgence, il faut donner du sens et de la cohérence à ce projet. Il est impératif que chaque collaborateur ait conscience des raisons qui nous ont poussés à mettre en œuvre ce projet. Le deuxième élément de communication concerne la stratégie mise en place par l'équipe projet pour diriger ce changement. Il est important que la vision soit clairement annoncée en début de projet. Et enfin, le dernier élément de communication que nous vous proposons dans ce plan concerne les résultats obtenus. Le déploiement d'un DPI est un projet se déroulant sur de longues périodes, il est alors indispensable de communiquer régulièrement sur les succès ou sur les retards du projet. Durant un projet d'une telle ampleur, chaque collaborateur doit être informé sur l'avancement du déploiement. C'est une des clés du succès.

### 3.3.1 Créer le sentiment d'urgence

L'étape de la création du sentiment d'urgence nous vient de la théorie des huit étapes du changement, de John Kotter, que nous avons détaillée dans la première partie. Dans son ouvrage intitulé « Alerte sur la banquise ! » (Kotter, 2018) John Kotter illustre cette étape par une fable sur la détérioration et la dangerosité de l'habitat des pingouins. Une assemblée générale est organisée pour informer l'ensemble de la communauté de l'urgence de la situation, c'est cette première étape qui détermine l'engagement des autres pingouins à soutenir ce changement. La situation est semblable pour le déploiement DPI. Il est important, dans un premier temps, de faire comprendre aux futurs utilisateurs le bien-fondé de ce changement. Pour cela, nous vous proposons de passer par les managers. Nous avons, au travers de nos lectures et de l'enquête, constaté le rôle important des responsables d'équipes dans la gestion du changement. Nous avons constaté que les managers étaient davantage en accord avec l'affirmation « *Je réfléchis avec mes collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI* ». C'est donc grâce à eux que nous allons pouvoir toucher l'ensemble des utilisateurs. La première action à mettre en œuvre est un passage dans les différentes réunions de chaque groupe d'utilisateurs afin de communiquer sur les raisons qui nous poussent à changer de DPI aussi rapidement. Pour rappel le projet ZÉPHYR s'est déroulé d'avril 2017 jusque juin 2018 et le

CHwapi commencera son nouveau déploiement courant d'année 2021. Cette première communication doit permettre une prise de conscience des managers, qui devront transmettre le message auprès de leurs collaborateurs. Cette étape peut s'accompagner d'un appel à candidatures pour participer activement au projet, et ainsi former un groupe de key users qui soutiendra l'équipe projet dans le déploiement du DPI.

### *3.3.2 Communiquer la vision et la stratégie du projet*

Pour notre deuxième élément de communication, nous vous proposons d'informer les utilisateurs finaux sur la vision du projet. Pour cela, nous nous basons sur la fiche diagnostic établie dans la phase une. Cette communication doit reprendre les éléments suivants :

- L'origine du besoin,
- Le périmètre du changement,
- Les résultats attendus,
- Les gains attendus,
- Les risques perçus,
- La cartographie des acteurs.

Les informations sont nombreuses et il est essentiel de toucher le maximum d'utilisateurs. Pour cela, nous recommandons, une fois le futur logiciel choisi, d'organiser des séances de présentation pour l'ensemble des collaborateurs impactés par le changement de DPI. Durant cette présentation, il sera essentiel de couvrir les quatre premiers éléments de la fiche diagnostic en s'appuyant sur une démonstration du nouveau logiciel. L'objectif ici est de susciter l'intérêt du futur utilisateur. Chaque collaborateur doit ressortir de cette présentation en se disant « je veux être le premier à utiliser le nouveau DPI ! ». Pour cela il est primordial de s'appuyer sur les gains attendus, qu'est-ce que ce nouveau DPI va m'apporter en tant que professionnel de la santé ? Quel bénéfice pour mes patients ? Il faut « vendre » ce nouveau logiciel auprès des prestataires de soins. Cette communication est complémentaire à celle effectuée préalablement concernant le sentiment d'urgence. Elle va permettre de rassurer les collaborateurs en lui disant : « Nous avons l'obligation de changer de DPI pour les raisons précédemment évoquées et nous vous avons la solution pour ce remplacement. » Cette communication va également susciter beaucoup d'interrogations sur la méthodologie de ce projet. Est-ce que la formation sera suffisante ? Est-ce que je pourrais participer au développement du futur DPI ? Toutes ces questions devront trouver une réponse durant cette phase de communication. À ce moment-là

du projet, il pourrait être intéressant d'effectuer un sondage auprès des futurs utilisateurs concernant la portée de la communication. Pour cela, nous pouvons utiliser l'enquête précédemment réalisée en adaptant les questions.

Durant notre enquête nous avons constaté que les utilisateurs du DPI ne sont pas convaincus que suffisamment de ressources, tant financières et que humaines, ont été allouées lors du projet ZÉPHYR. 42 % des médecins questionnés trouvent que les ressources étaient insuffisantes. Ce constat nous conforte dans la nécessité de communiquer de façon optimale sur la vision et la stratégie du projet. C'est sans doute, une faiblesse du projet ZÉPHYR au CHwapi.

Une fois ces deux éléments de communication réalisés, le projet peut commencer. L'objectif final est que l'ensemble des collaborateurs soient au courant du projet et des raisons pour lesquelles la direction a décidé la mise en œuvre de ce changement.

### *3.3.3 Démontrer des résultats à court terme*

Le dernier élément de communication concerne les résultats obtenus au cours du projet. Le déploiement d'un DPI est un projet qui s'étend sur plusieurs mois. Il est donc indispensable de maintenir les efforts de communication, pour permettre au projet de tenir sur la longueur. Pour cela, nous recommandons une communication régulière en variant les supports en fonction du thème de la communication et des acteurs concernés par l'information. Les hôpitaux disposent d'un panel de supports permettant d'informer ses collaborateurs, il y a les supports visuels :

- Note de service sur l'intranet,
- Note de service par mail,
- Newsletter papier,
- Affiche murale,
- Vidéo sur l'intranet,
- Etc.

Il existe également des moments privilégiés pour communiquer sur un projet :

- Réunion par département,
- Réunion de comité : comité de gestion, comité administratif, comité de direction, conseil médical, assemblée générale, etc,
- Réunion du personnel d'encadrement,
- Etc.

Nous proposons d'utiliser l'ensemble de ces moyens de communication pour informer les collaborateurs sur l'avancée du projet, en appuyant particulièrement sur les premiers succès. Pour cela, nous pouvons, par exemple, effectuer une campagne d'affichage en reprenant la photo et une brève interview d'un nouvel utilisateur au sujet des bénéfices du nouveau DPI sur son travail au quotidien. Nous pouvons rédiger une newsletter mensuelle, en incluant le nombre d'utilisateurs qui sont passés au nouveau DPI, c'est aussi l'occasion de présenter les nouvelles fonctionnalités. De plus, cette newsletter peut être le moyen de partager des astuces dans l'utilisation du DPI et de répondre aux questions fréquentes. Enfin, nous pouvons également utiliser la vidéo pour réaliser des reportages après le déploiement d'un module comme, par exemple, le bloc opératoire. Ces vidéos pourront être diffusées sur les réseaux sociaux afin de partager, auprès du grand public les bénéfices du projet. Les différentes réunions organisées tous les jours dans les institutions hospitalières sont également des moments privilégiés pour communiquer sur l'avancement du projet. Nous recommandons, au chef de projet, de faire un passage mensuel auprès du comité de direction ainsi que du conseil médical et dans les réunions du département infirmier. Cette étape de communication a pour objectif de créer un sentiment collectif autour du nouveau DPI, il faut que l'ensemble des collaborateurs soit convaincu de l'utilité de ce projet. L'enquête nous a permis de constater que seul un répondant sur deux était en accord avec l'affirmation « *L'ensemble des collaborateurs pense que le DPI est un atout* ».

Pour optimiser la communication, nous proposons d'effectuer un suivi et une évaluation régulière des différentes actions effectuées. Ces évaluations peuvent se baser sur les objectifs préalablement fixés. Suite à cela, le plan d'action peut être adapté afin de soutenir au mieux le projet.

Nous allons, dans la prochaine partie, évoquer le dernier axe de notre plan d'action qui concerne la formation et l'accompagnement des utilisateurs lors du déploiement d'un nouveau DPI.

#### 3.4 Axe 3 : la formation et l'accompagnement

La dernière phase de notre plan d'action concerne la formation et l'accompagnement. Nous avons pu, au travers de notre questionnaire, évaluer la satisfaction des utilisateurs concernant la formation et également concernant l'implication des utilisateurs dans le développement du DPI. Nous avons constaté, au niveau de la formation, des réponses mitigées avec plus d'un tiers de répondants qui estimaient que la formation reçue n'était pas suffisante

pour utiliser correctement le DPI. Ce mécontentement est accentué chez les médecins, les pharmaciens et les paramédicaux. Cela prouve bien la nécessité d'engagement de ressources compétentes et suffisantes pour assurer la formation dans un premier temps et l'accompagnement dans un second temps. Nous recommandons la mobilisation de modes de formation alternatifs que nous détaillerons dans la partie qui suit.

#### *3.4.1 La formation*

Dans une précédente partie, nous avons évoqué la formation d'une coalition pour gérer ce projet d'un point de vue de la gestion du changement. Dans cette équipe, nous avons indiqué la nécessité d'avoir des accompagnateurs du changement qui exercent une première fonction de formateur. Voici comment nous vous proposons d'organiser la formation pour le déploiement du futur DPI.

La première étape consiste à répertorier les key users qui vont permettre le lien entre l'équipe projet et les utilisateurs finaux. Pour assurer ce rôle, ils devront avoir des compétences de base dans l'informatique, ils devront également être ce que nous appelons des « influenceurs positifs ». C'est-à-dire des personnes ayant une influence sur leurs pairs, ils doivent être reconnus et écoutés par leurs collègues. La sélection de ces prestataires est essentielle, car ce sont eux qui vont assurer la jonction entre le projet et le terrain. Nous recommandons d'avoir un key user et un remplaçant par service. Ce collaborateur aura pour fonction d'aider ses collègues dans l'usage du DPI, mais également de remonter les doléances et les demandes d'adaptation auprès des membres de l'équipe projet. Ces « super utilisateurs » peuvent être des infirmiers, des médecins, des secrétaires, de paramédicaux, etc. Pour ne pas démultiplier leur nombre et pour favoriser la transversalité, nous estimons qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un key user par fonction. Nous pensons qu'une secrétaire peut épauler une infirmière ou un médecin dans l'usage du DPI, sans pour autant effectuer le travail à leur place. Nous estimons qu'il serait trop difficile d'avoir un key user médical par service et donc nous pensons qu'une collaboration entre fonctions peut permettre un meilleur usage du DPI.

Une fois les key users sélectionnés, ils suivront une formation approfondie du logiciel, leur permettant à leur tour de dispenser une formation à leurs collègues. Certains d'entre eux pourront être détachés à 100 % durant la durée du projet, afin d'accompagner le déploiement sur le terrain.

Les accompagnateurs du changement seront en charge d'un pôle de services et donc, par extension, d'un groupe de key users. Ils devront assurer l'organisation des formations de chaque utilisateur. Pour cela, ils disposent de plusieurs moyens :

- Formation individuelle : lors de l'engagement d'un nouveau collaborateur. C'est une formation qui tient compte de la fonction et de la discipline de l'utilisateur afin de lui apporter les compétences nécessaires pour l'utilisation quotidienne du DPI.
- Formation par groupe : sur un thème précis comme, par exemple, la prescription. Ce sont des formations destinées à un groupe d'utilisateur avec la même fonction.
- E-learning : explication théorique et exercice pratique disponible pour l'ensemble des utilisateurs.

Selon la méthode de déploiement choisi, il faudra valider une ou plusieurs méthodes de formation permettant à chaque collaborateur de se sentir à l'aise avec le nouvel outil. Nous recommandons également la mise à disposition de supports de formation permettant aux futurs utilisateurs de s'entraîner via un environnement de formation et des exercices pratiques. Nous pouvons également imaginer un test qui permettrait de valider ou non la réussite de la formation et donc le niveau à partir duquel nous estimons que le prestataire est apte à utiliser le logiciel de façon optimale. Nous recommandons d'utiliser ce test comme condition à l'obtention des accès au DPI.

En complément de la formation, il convient d'établir une politique d'accompagnement des utilisateurs sur le terrain. Cet accompagnement ne doit pas se limiter à la durée du projet, il doit subsister une fois que l'ensemble du DPI est déployé.

#### 3.4.2 *Accompagnement sur le terrain*

L'accompagnement est un point important de notre plan d'action. Il commence à l'annonce du projet et ne se termine pour ainsi dire jamais. À la fin du projet, il doit subsister au sein du service Dossier Patient (DP). Cet accompagnement permet également le lien entre les utilisateurs et le service DP en préservant l'implication des collaborateurs dans l'évolution du DPI. Au cours de notre enquête, nous avons pu mesurer la satisfaction des utilisateurs par rapport au service DP. Malgré plus de 80 % de répondants d'accord avec l'affirmation « *le service Dossier Patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs* » nous avons constaté des différences en fonction des professions. Les médecins sont nettement



moins à valider cette affirmation, nous recommandons une meilleure prise en charge de l'accompagnement médicale pour le déploiement d'un futur DPI.

Cette étape est gérée par les accompagnateurs du changement. Nous allons détailler les moments cruciaux nécessitant un accompagnement sur le terrain :

a. Choix du DPI :

L'accompagnement débute au moment du choix du futur DPI. Les formateurs étant très proches du terrain, ils ont la connaissance sur les besoins fonctionnels des métiers qui vont utiliser le nouveau DPI. Il y a donc une première étape, qui est celle de la récolte des besoins. C'est une étape primordiale pour accroître la participation des professionnels de soins dans le projet. À cette occasion, les accompagnateurs du changement auront également la possibilité de diffuser les éléments de communication que nous avons détaillés préalablement. Cette phase permet aussi de faire connaître l'équipe projet auprès des collaborateurs, ce qui, par la suite, facilitera les échanges.

b. Préparation au déploiement :

Une fois le choix du logiciel effectué, nous entrons dans la période de préparation. L'équipe projet, en collaboration avec le fournisseur, doit configurer le nouveau DPI. Cette paramétrisation, qui sera effectuée par le fournisseur et par le service Dossier Patient de l'hôpital, devra prendre en compte les desideratas des utilisateurs. C'est ici qu'interviennent les accompagnateurs du changement, qui aideront les métiers à transmettre leurs besoins vers l'équipe de paramétrage. Pour ce faire, nous recommandons une démonstration du logiciel par service, afin de présenter les fonctionnalités spécifiques. Une fois cette démonstration effectuée, les formateurs travailleront avec les utilisateurs pour définir ensemble la configuration adaptée à leur pratique. Ce travail de paramétrisation peut s'effectuer avec une méthodologie AGILE type SCRUM, c'est-à-dire des sprints de quelques semaines au cours desquels une discipline est configurée avec validation par le métier. Une fois le dossier prêt à être déployé, il est testé et validé par l'équipe projet et les utilisateurs. Cette validation est essentielle pour marquer l'accord explicite entre les deux parties.

c. Déploiement :

Une fois la préparation terminée, il y a le déploiement du DPI à proprement parler. Pour cela il existe différentes méthodes, soit un déploiement par phases avec le passage d'une unité

à la fois, soit un déploiement en « big bang », où nous déployons un ensemble d'unité. La méthodologie choisie aura un impact sur la formation qui sera donnée. Lors d'un déploiement par phases, les ressources de formation peuvent se concentrer sur un groupe restreint d'utilisateurs pendant un court laps de temps, alors que, pour un déploiement type « big bang », il y a un grand nombre d'utilisateurs à former en même temps. Les ressources en formation et en accompagnement ne peuvent donc pas être mobilisées de la même façon. Voici une proposition de plan d'accompagnement pour ces deux méthodes.

Exemple pour une unité de 30 lits comprenant 30 soignants (infirmier, aide-soignante, aide logistique), 7 médecins et 5 paramédicaux.

Tableau 16 : proposition formation et accompagnement déploiement par phase

<i>Déploiement par phases</i>	
Semaine 1 et 2	Configuration
Semaine 3	Test et validation
Semaine 4 et 5	Formation : - Par groupe de 4 maximum pendant 3 heures
Semaine 6 et 7	Accompagnement sur le terrain : - 2 formateurs par unité - Présence 24h/24h 7 jours /7 pendant la première semaine, puis schéma dégressif.

Exemple pour le pôle réanimation – urgences comprenant 140 soignants (infirmier, aide-soignante, aide logistique), 30 médecins, 10 paramédicaux.

Tableau 17 : proposition formation et accompagnement déploiement par Big Bang

<i>Déploiement par « Big Bang »</i>	
Semaine 1 à 4	Configuration
Semaine 4 à 8	Test et validation
Semaine 9 à 10	Formation : - Par groupe de 20 pendant 2h - Objectif : présentation générale du logiciel et démonstration de prise en charge.
Semaine 10 à 14	Accompagnement sur le terrain : - 1 formateur pour 2 utilisateurs - Présence 24h/24h 7 jours /7 pendant les 2 premières semaines, puis schéma dégressif.

Nous accordons beaucoup d'importance à l'accompagnement sur le terrain qu'importe la méthodologie de déploiement choisie. Une formation donnée trop tôt va perdre de son efficacité

si les utilisateurs ne sont pas confrontés rapidement au DPI. C'est à l'usage que les prestataires auront des questions sur les différentes fonctionnalités du logiciel.

d. Après déploiement :

Une fois le déploiement terminé et une fois le projet clôturé, le service Dossier Patient doit prendre en charge le support de ce nouveau logiciel. En complément de la gestion des incidents et des demandes de développement, il est important de maintenir un service d'aide à l'utilisation du DPI. Cette fonction est gérée par les accompagnateurs du changement, elle peut prendre différentes formes. Voici quelques propositions à mettre en œuvre une fois le déploiement terminé.

- Suivi des key users : les key users sont des ressources indispensables pour le bon suivi du DPI. Ils remontent des informations essentielles pour faire évoluer le logiciel et ils permettent également de communiquer sur les nouveaux développements auprès de l'ensemble des utilisateurs. Pour une gestion efficace des key users, nous proposons une rencontre mensuelle avec un responsable de l'accompagnement du service DPI, permettant un échange sur l'utilisation efficace du logiciel. Nous proposons également que chaque accompagnateur du changement soit responsable d'un groupe de key users. Ce groupe est établi en fonction des pôles d'unités déjà décidés dans l'institution. Une réunion sera organisée trimestriellement par groupe et aura pour objectif de :
  - o Partager des bonnes pratiques,
  - o Trouver des solutions à une problématique spécifique,
  - o Élaborer un ensemble de règles liées notamment aux échanges d'information patient entre unités du même pôle,
  - o Harmoniser les pratiques.

Nous comptons sur l'influence des collaborateurs sur leurs collègues pour faire passer des informations et des consignes concernant l'utilisation du DPI. Nous sommes également convaincus de l'importance de l'écoute du terrain pour faire avancer le développement d'un DPI.

- Permanence pour les utilisateurs : un formateur disponible toute une journée dans un local dédié pour fournir une formation ou répondre aux questions d'un utilisateur.

- Accompagnement sur le terrain : suivant un calendrier périodique, un formateur passe dans chaque unité afin d'assister le prestataire de soins dans l'utilisation du DPI. Il peut, par exemple, accompagner un médecin durant une consultation ou durant le tour médical, afin de lui dispenser quelques éléments de formation lui permettant d'accroître son efficacité dans l'utilisation du DPI.
- Deuxième ligne de support : en complément du support de première ligne, le service Dossier Patient peut proposer une deuxième ligne de support constituée d'une équipe de formateurs. Cette deuxième ligne se décline selon deux actions. La première consiste à prendre en charge les utilisateurs par téléphone afin de les guider à distance dans l'utilisation du DPI. La deuxième action consiste à avoir une ou deux personnes disponibles sur le terrain pour se rendre après de l'utilisateur pour l'accompagner dans l'encodage.

Ce plan d'action permet de couvrir les besoins en matière de gestion du changement durant un projet de déploiement d'un nouveau DPI au sein d'une institution hospitalière. Il doit être inclus dans la gestion de projet global, c'est-à-dire, dans chaque processus de la méthodologie PRINCE2. Nous estimons que la prise en charge du changement est un facteur de succès au même titre que le choix du logiciel.

## Conclusion

Au travers de ce mémoire, nous avons tenté de répertorier les facteurs influençant l'adhésion ou la participation des bénéficiaires d'un DPI. Nous avons pu ensuite, grâce aux différentes lectures, collecter les méthodologies permettant d'accroître la participation des utilisateurs finaux. Afin d'objectiver notre partie théorique, nous avons enquêté sur le ressenti des collaborateurs du CHwapi après le déploiement du DPI lors du projet ZÉPHYR, qui a eu lieu entre avril 2017 et juin 2018. Ce qui nous a permis, dans une dernière partie, de mettre en lien tous ces éléments, afin de vous proposer un plan d'action orienté sur la gestion du changement pour un futur déploiement d'un nouveau DPI.

La partie théorique nous a, dans un premier temps, permis de dresser le contexte de ce mémoire. Nous avons détaillé la notion de Dossier Patient informatisé et nous l'avons mis en relation avec les nouvelles exigences gouvernementales. Ce qui nous a permis d'affirmer le réel enjeu de la mise en œuvre du DPI dans les institutions hospitalières belges. Nous avons, dans un second temps, investigué les différentes théories autour de la gestion du changement. Nous avons choisi, après diverses lectures, de présenter trois théories : les cycles du changement, les huit étapes du changement et le changement Agile. Ce choix s'explique par la complémentarité de ces méthodologies, mais aussi par une certaine similitude dans les pistes qu'elles nous amènent. En effet, nous retrouvons dans chacune d'entre elles les trois leviers permettant de favoriser la participation des futurs bénéficiaires : la communication, la formation et l'accompagnement. C'est d'ailleurs sur cette base que nous avons décidé de construire notre plan d'action qui est décrit dans notre troisième partie. De plus, nous avons également souhaité vous parler de la méthodologie de gestion de projet PRINCE2, qui est couramment utilisée au CHwapi. La gestion de changement doit être incluse dans une gestion de projet, à proprement parler. Nous avons voulu, au travers de cette partie, vous faire partager notre conviction quant à l'importance de la gestion du changement dans un projet, quel qu'il soit. Enfin, pour terminer cette première partie, nous avons souhaité vous faire part des spécificités du monde hospitalier dans la gestion du changement au travers de deux articles soigneusement sélectionnés. L'omniprésence de l'informatique est vécue comme un bouleversement pour certains professionnels de la santé, qui y voient une menace sur la qualité de leur travail ou même un jugement sur leur capacité. Nous avons souvent entendu au cours de ce travail « L'informatique ne pourra pas remplacer le cerveau humain », ce qui reflète bien une certaine crainte du milieu médical quant aux avancées technologiques comme l'intelligence artificielle rendue possible

en partie grâce à la structuration des données imposée par le DPI. Notre plan d'action doit tenir compte de cette appréhension et doit fournir des réponses sur la manière de faire accepter ce changement.

Dans notre deuxième partie, nous avons, au travers d'un questionnaire remis à l'ensemble des utilisateurs du DPI au CHwapi, voulu mesurer l'adhésion des bénéficiaires selon quatre concepts : la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et le suivi réflexif. Cette enquête nous a permis d'affirmer plusieurs éléments sur base de cet échantillon d'utilisateurs. Premièrement, nous avons une bonne compréhension collective de l'utilité de ce nouveau DPI, une majorité des utilisateurs s'accordent à dire que le DPI est un atout et les aide dans leur travail. Deuxièmement, nous avons également pu constater que 88,6 % des prestataires étaient prêts à s'investir dans le développement du DPI, ce qui est plutôt satisfaisant, étant donné le contexte du CHwapi qui s'apprête à se lancer dans un nouveau projet de déploiement DPI. Enfin, les résultats étaient plus nuancés concernant le concept d'action collective, où nous avons pu, par exemple, constater une faiblesse dans la formation fournie aux utilisateurs pour utiliser le DPI, avec plus de 1/3 des répondants mécontents. Le questionnaire nous a également permis de faire émerger des différences de ressenti selon certaines caractéristiques, comme la fonction ou l'aisance avec l'outil informatique. Les différences les plus significatives se trouvent entre les soignants et le corps médical. Les médecins sont, par exemple, moins en accord avec l'affirmation concernant l'utilisation facile du DPI dans leur travail quotidien par rapport aux soignants. Ils sont également plus nombreux à juger la formation insuffisante pour l'utilisation du DPI. Cette différence peut s'expliquer par la structuration imposée par le DPI dans l'encodage des données. Jusqu'à présent, les médecins ont pour la plupart tenu des dossiers patients avec du texte libre sans aucune contrainte de structure. Pour améliorer ce ressenti, il sera important de travailler sur la compréhension de l'utilité de l'encodage structuré. Nous proposons dans notre plan d'action, dans la partie communication, d'accentuer les messages concernant les gains attendus pour ce nouveau DPI. Une autre raison pouvant expliquer cette différence entre soignant et médecin est leur statut au sein de l'entreprise. Les infirmiers et autres soignants (aide-soignante, aide logistique, etc.) sont employés au sein de l'hôpital. La hiérarchie est plus présente au sein du département infirmier. Au contraire, les médecins sont pour la plupart indépendants. Ils reçoivent des rétrocessions de l'hôpital, qui leur fournit des équipements et des ressources humaines pour leurs activités. Dans

ce cadre-là, ils sont davantage revendicateurs et ils n'hésitent pas à indiquer leurs attentes et leurs besoins en matière de DPI.

Après avoir pris connaissance de l'ensemble de ces éléments, tant théoriques que pratiques, nous avons proposé un plan d'action permettant de favoriser la participation des utilisateurs dans le projet DPI. Comme expliqué précédemment, nous nous sommes basés sur les trois leviers de la gestion du changement. Avant d'aborder la communication, la formation et l'accompagnement, nous avons, dans un premier temps, détaillé les aspects de supervision et de préparation à la gestion du changement pour ce projet. Pour la supervision, nous proposons un pilotage sur base d'indicateurs comme : l'utilisation effective du DPI après déploiement, la satisfaction utilisateur et le temps passé sur le DPI par jour. Ces indicateurs doivent être suivis par un comité de pilotage qui peut être le même que celui en charge de la supervision du projet global. La première phase du plan d'action concerne la préparation du projet. C'est à partir de ce moment qu'il faut inclure les futurs bénéficiaires. Cela commence par le recueil des besoins fonctionnels pour le nouveau DPI, puis le choix du logiciel et enfin la configuration de celui-ci. Pour l'aspect communication, cela commence par la compréhension des raisons du changement. Il est primordial de partager avec les utilisateurs finaux les risques liés à la situation actuelle et les gains attendus de la prochaine situation. Nous avons également, dans ce plan d'action, indiqué que la communication devait être régulièrement revue au cours du projet. Chaque étape, chaque succès doit être partagé avec l'ensemble de l'institution. L'objectif est qu'à tout moment, chaque collaborateur soit en mesure de nous dire que représente ce projet et quel est son état d'avancement. Dernière phase du plan d'action : la formation et l'accompagnement. L'élément important à retenir de cette étape est l'implication des key users. Nous pensons que l'impact sur les utilisateurs sera plus efficace si les messages sont diffusés par les pairs. Nous avons également souhaité mettre en avant la diversité des offres de formation et de suivi, afin de nous adapter au mieux aux différents métiers.

Pour conclure sur ce travail, nous estimons qu'une prise en charge complète de la gestion du changement est un facteur clé de la réussite de tout projet institutionnel. L'implication des futurs utilisateurs dès le début du projet est également une source de satisfaction. Et enfin, il est important de prévoir, dès la gestion de projet initiale, le suivi après projet. Ce point concerne l'accompagnement sur le terrain du DPI. Cet outil de travail n'est pas figé, il évolue sans cesse pour pouvoir s'adapter aux nouvelles procédures, mais aussi aux nouvelles technologies mises en place au sein de nos institutions hospitalières. La nouvelle

génération de DPI marque un tournant dans le système d'information de l'hôpital. De nouvelles façons d'utiliser cet outil font leur apparition : utilisation sur smartphone, connectivité avec les appareillages, utilisation de l'intelligence artificielle, etc. Ce virage technologie optimise la prise en charge des patients. Il doit permettre aux prestataires de passer plus temps avec leurs patients, plutôt que derrière un écran. Une des conditions pour négocier ce virage réside dans notre potentiel à gérer le changement.



## Bibliographie

- Atarodi, S., Maria Berardi, A., & Toniolo, A.-M. (2018, Décembre 3). *Le modèle d'acceptation des technologies depuis 1986 : 30 ans de développement*. Récupéré sur HAL.archives-ouvertes.fr: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01943567/document/>
- Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016). *Méthode de conduite du changement*. Malakoff: Dunod.
- Autissier, D., & Vandangeon Derumez, I. (2007, Mars). Pas de changement sans adhésion des managers. *L'Expansion Management Review*, pp. 116-129.
- Autissier, D., Johnson, K., & Moutot, J.-M. (2015, 02). De la conduite du changement instrumentalisée au changement Agile. *Question(s) de management*, pp. 37-44.
- Collignon, A., & Schöpfel, J. (2016, Février Volume 53). MÉTHODOLOGIE DE GESTION AGILE D'UN PROJET. SCRUM – LES. *I2D – Information, données & documents*, p. 12 à 15.
- De Wever, D. A. (2017, Mai 19). L'informatique améliore-t-elle le fonctionnement de l'hôpital ? *Le journal du médecin*.
- e-santé. (2015, Octobre). *Plan d'actions e-Santé 2015-2018 (V2) - Conclusions des tables rondes*. Récupéré sur [mediplanet.be: https://www.mediplanet.be/pdf\\_new/Plan\\_daction\\_document\\_de\\_travail.pdf](https://www.mediplanet.be/pdf_new/Plan_daction_document_de_travail.pdf)
- e-santé. (2019, Janvier 28). *Roadmap 3.0*. Récupéré sur Portail des services de l'eSanté: <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30/roadmap-30>
- Kotter, J. (2018). *Alerte sur la banquise*. Pearson.
- Manager GO! (2019, 12 13). *Mettez en oeuvre les 8 étapes du changement de John Kotter*. Récupéré sur Manager GO!: <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/8-etapes-du-changement-de-kotter.htm>
- May, C. R. (2015). Récupéré sur Normalization Process Theory On-line Users' Manual, Toolkit and NoMAD instrument: <http://www.normalizationprocess.org>
- Noire, E. (2018). *PRINCE2 Une méthode pour maîtriser la gestion de vos projets (2ème édition)*. ENI.

- Petrakaki, D., Klecun, E., & Cornford, T. (2014). Changes in healthcare professional work afforded by technology: the introduction of a national electronic patient record in an English hospital. *Organization*, 1-21.
- ROUCOUX, F. (2017). WFSP2210 - Systèmes d'information sanitaire pour les services, la population d'un bassin de soins et les trajectoires des patients. *Le dossier patient informatisé*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Schwaber, K., & Sutherland, J. (2013, Juillet). *Le Guide Scrum*. Récupéré sur [scrumguides.org](https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v1/Scrum-Guide-FR.pdf#xd_co_f=YjVlZTAyYWMtMmY3YS00MWFkLThlZWQtMGYyYWJmMmVhOWFi~):  
[https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v1/Scrum-Guide-FR.pdf#xd\\_co\\_f=YjVlZTAyYWMtMmY3YS00MWFkLThlZWQtMGYyYWJmMmVhOWFi~](https://www.scrumguides.org/docs/scrumguide/v1/Scrum-Guide-FR.pdf#xd_co_f=YjVlZTAyYWMtMmY3YS00MWFkLThlZWQtMGYyYWJmMmVhOWFi~)
- Service Public Fédéral Personnel et organisation. (2016, Mai 24). *établir le plan de communication d'un projet en 7 étapes*. Récupéré sur [fedweb.belgium.be](https://fedweb.belgium.be/fr/a_propos_de_l_organisation/communication/etablir-le-plan-de-communication-dun-projet-en-7-etapes):  
[https://fedweb.belgium.be/fr/a\\_propos\\_de\\_l\\_organisation/communication/etablir-le-plan-de-communication-dun-projet-en-7-etapes](https://fedweb.belgium.be/fr/a_propos_de_l_organisation/communication/etablir-le-plan-de-communication-dun-projet-en-7-etapes)
- SPF Affaires Sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration. (2019, Janvier 28). *Plan d'actions e-Santé 2019-2021*. Récupéré sur [ehealth.fgov](https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf):  
[https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid\\_final.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf)
- SPF P&O. (2016, Mai). *Plan de communication d'un projet : résumé des 7 étapes*. Récupéré sur [fedweb.belgium.be](https://fedweb.belgium.be/sites/default/files/downloads/PLANCOMM%20Synth%C3%A8se%20en%201%20coup%20d%27oeil_Fiche.pdf):  
[https://fedweb.belgium.be/sites/default/files/downloads/PLANCOMM%20Synth%C3%A8se%20en%201%20coup%20d%27oeil\\_Fiche.pdf](https://fedweb.belgium.be/sites/default/files/downloads/PLANCOMM%20Synth%C3%A8se%20en%201%20coup%20d%27oeil_Fiche.pdf)
- SPF Santé. (2016, Aout 22). *Belgian Meaningful Use Criteria*. Récupéré sur [Health.belgium.be](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/belgian_meaningful_use_criteria_pour_les_hopitaux_generaux_fr_20160824.pdf):  
[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/belgian\\_meaningful\\_use\\_criteria\\_pour\\_les\\_hopitaux\\_generaux\\_fr\\_20160824.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/belgian_meaningful_use_criteria_pour_les_hopitaux_generaux_fr_20160824.pdf)
- SPF Santé Publique. (2016, Mai 26). *Annexe: Note explicative concernant le programme 'accélérateur' afin d'implémenter un DPI intégré dans les hôpitaux belges*. Récupéré

sur health.belgium.be: <https://www.health.belgium.be/fr/programme-accelereur-afin-dimplementer-un-dpi-integre-dans-les-hopitaux-belges>

SPF Santé publique. (2018, Septembre 25). *Hôpitaux avec un contrat "Early Adopter"*. Récupéré sur health.belgium.be: <https://www.health.belgium.be/fr/hopitaux-avec-un-contrat-early-adopter>

Technology, t. O. (2019, Aout 23). *What is an electronic health record (EHR)?* Récupéré sur healthit.gov: <https://www.healthit.gov/faq/what-electronic-health-record-ehr>



## Annexes n°1 : Critères BMUC 2020



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid  
MAGGIE DE BLOCK

### Annexe 1: Fonctionnalités de base commun

Fonctionnalités de base commun	
1.	Identification et description unique du patient
2.	Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient
3.	Liste des allergies et intolérances
4.	Prescription électronique des médicaments
5.	Interactions entre médicaments
6.	Registre électronique de l'administration des médicaments
7.	Lettre de sortie électronique
8.	Enregistrement du consentement éclairé du patient
9.	Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient
10.	Communication automatisée avec HUB et interaction avec e-Health *

Annexe 2: Fonctionnalités de menu

BMUC	Fonctionnalités Menu	Liste 2019	Réservé à
1.	Saisie électronique des demandes, y compris le suivi de l'état et des résultats des examens d'imagerie médicale	AZ - Core	Hôpitaux agréés pour une fonction d'Imagerie médicale
2.	Saisie électronique des demandes, y compris le suivi de l'état et des résultats des examens pour les laboratoires médicaux	AZ - Core	Hôpitaux avec un laboratoire de Biologie Clinique agréé ou les hôpitaux ayant signé un accord de collaboration avec un laboratoire agréé
3.	Planification et support de tous les processus en block opératoire	AZ - Menu	Hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index C
4.	Module de soins intensifs	AZ - Menu	Hôpitaux agréés pour un fonction de soins intensifs
5.	Module de soins d'urgence	AZ - Menu	Hôpitaux agréés pour une des fonctions d'urgence
6.	Prescription électronique, y compris la surveillance de l'état de la chimiothérapie	AZ - Menu	Hôpitaux agréés pour un programme de soins en oncologie
7.	BeQuint - Traçabilité des produits sanguins	AZ - Menu	Hôpitaux agréés pour un fonction banque de sang
8.	Enregistrement et suivi électroniques des patients isolés	PZ - Core	Hôpitaux qui disposent de lits agréés sous les indices A, T ou K
9.	Mesures, autres que les isolements, qui limitent la liberté physique	PZ - Menu	Hôpitaux qui disposent de lits agréés sous les indices A, T ou K
10.	Évaluation systématique de l'état des patients à l'aide d'instruments standardisés	PZ - Menu	Hôpitaux qui disposent de lits agréés sous les indices A, T, K, G ou Sp
11.	Appel électronique (automatique) aux systèmes d'aide à la décision médicale	AZ - Menu	Tous les hôpitaux
12.	Module de planning des soins infirmiers	AZ - Core	Tous les hôpitaux
13.	Gestion électronique des rendez-vous	AZ - Core	Tous les hôpitaux
14.	Saisie électronique des demandes, y compris le suivi de l'état et des résultats, d'un avis médical	AZ - Core	Tous les hôpitaux
15.	Enregistrement électronique des paramètres vitaux	AZ - Core	Tous les hôpitaux
16.	Serveur pour consulter les données objectives du dossier patient	AZ - Core	Tous les hôpitaux
17.	Enregistrement électronique et échange d'informations multidisciplinaires	PZ - Core	Tous les hôpitaux
18.	Gestion électronique d'un plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline dans le dossier patient informatisé	PZ - Core	Tous les hôpitaux

Beleidscol van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower / Kruidtuinlaan 50 bus 175 / B-1000 Brussel / België  
tel. +32 2 528 69 00 / info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be

19.	Enregistrement électronique des observations des patients	PZ - Core	Tous les hôpitaux
20.	Intégration électronique des résultats ou examens demandés en interne mais réalisés en externe	PZ - Core	Tous les hôpitaux
21.	Localisation fonctionnelle du patient de manière électronique et prise en charge automatique	AZ - Menu	Tous les hôpitaux
22.	Mobile Health - Suivi à l'extérieur de l'hôpital	AZ - Menu	Tous les hôpitaux
23.	système d'administration de médicaments en boucle fermée	AZ - Menu	Tous les hôpitaux
24.	Belrai	AZ - Menu	Tous les hôpitaux
25.	Possibilité pour le patient d'ajouter des données qui ont un impact sur le traitement pendant l'hospitalisation directement au dossier patient informatisé par voie électronique	PZ - Menu	Tous les hôpitaux
26.	Les médecins de garde (travaillant à l'hôpital) ont accès au dossier patient informatisé et peuvent prescrire des médicaments en dehors de l'hôpital	PZ - Menu	Tous les hôpitaux
27.	Planification de la thérapie pour le patient	PZ - Menu	Tous les hôpitaux

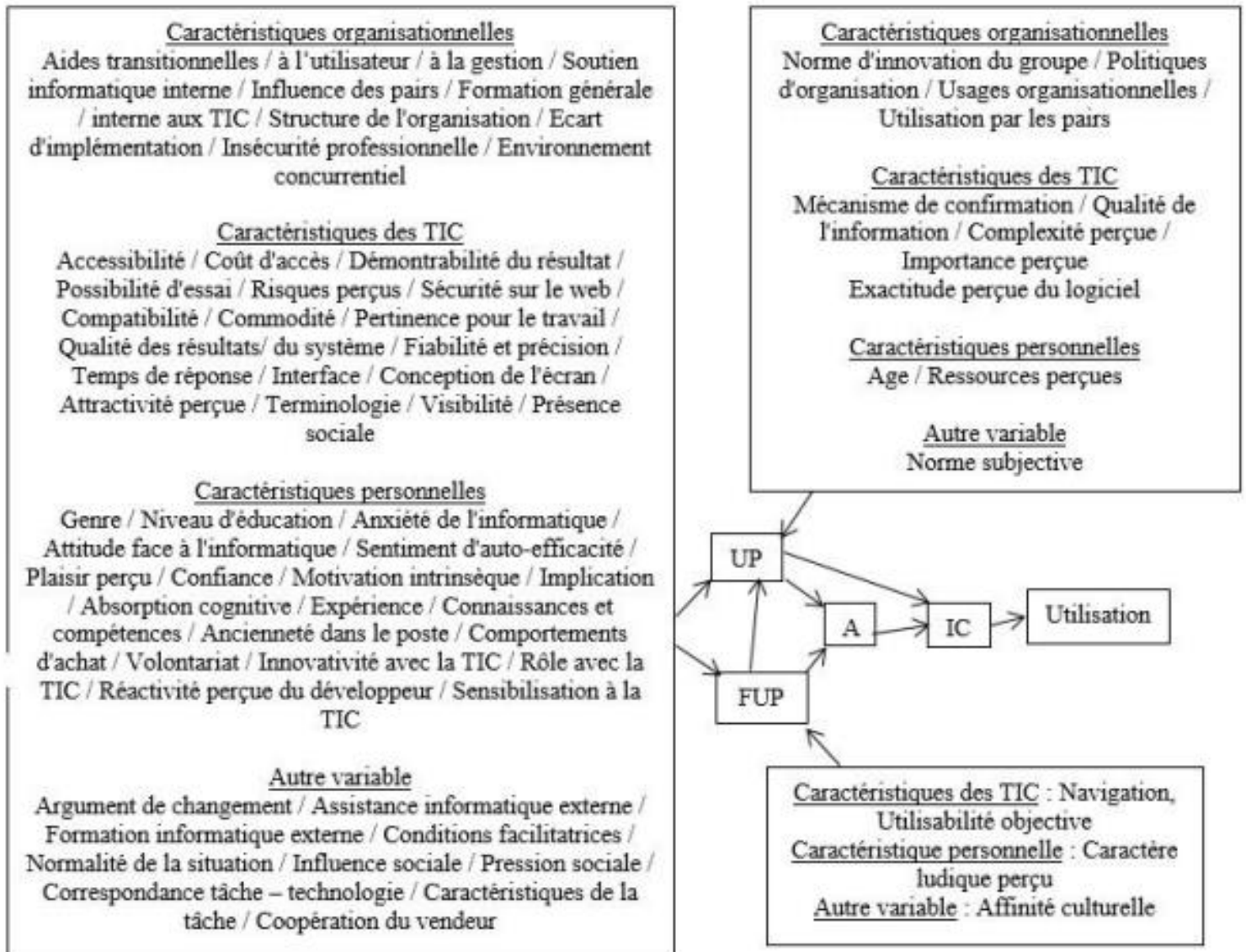
Beleidsceel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower / Kruidtuinlaan 50 bus 175 / B-1000 Brussel / België  
tel. +32 2 528 69 00 / info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be

Annexe n°2 : Synthèse de l'influence de toutes les variables externes appliquées au TAM

Synthesis of the influence of all the external variables applied to the TAM 1





## Annexe n°3 : questionnaire

### Partie A : À propos de vous-même

1. Depuis combien d'années travaillez-vous ?

Moins de 5 ans	5 — 10 ans	11 — 15 ans	Plus de 15 ans
----------------	------------	-------------	----------------

2. Depuis combien d'années travaillez-vous pour le CHwapi ?

Moins de 5 ans	5 — 10 ans	11 — 15 ans	Plus de 15 ans
----------------	------------	-------------	----------------

3. Quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?

- Médecin
- Médecin assistant
- Infirmier
- Aide-soignante
- Aide logistique
- Aide-infirmier administratif
- Pharmacienne
- Préparatrice en pharmacie
- Secrétaire
- Informaticien
- Paramédicaux :
  - Kinésithérapeute
  - Assistante sociale
  - Ergothérapeute
  - Logopède
  - Diététicienne

4. Exercez-vous une fonction de manager ? (Chef d'unité, chef de service, coordinateur)

- Oui
- Non

5. Quel âge avez-vous ?

18-25 ans	26-35 ans	36-50 ans	51-60 ans	Plus de 60 ans
-----------	-----------	-----------	-----------	----------------



3. Le DPI modifie mon travail au quotidien						
4. Le DPI m'aide dans mon travail						

*La section C2 permet d'évaluer la participation cognitive, c'est-à-dire le travail relationnel que font les gens pour créer ou maintenir un ensemble de pratique permettant de faire avancer le DPI.*

Section C2	Fortement en désaccord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non applicable
1. Le service dossier patient permet d'améliorer le DPI et il implique les autres collaborateurs						
2. En tant que collaborateur je me dois de participer au développement du DPI						
3. Je réfléchis avec mes collègues à de nouvelles façons d'utiliser le DPI						
4. Je continuerai à soutenir la mise en place du nouveau DPI dans le futur.						

*La section C3 permet d'évaluer l'action collective, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques que les individus adoptent pour intégrer le DPI.*

Section C3	Fortement en désaccord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non applicable
1. Je peux facilement utiliser le DPI dans mon travail quotidien.						
2. Le DPI perturbe mes relations (avec mes collègues ou avec les patients) dans mon travail.						
3. J'ai confiance en la capacité des autres à utiliser le DPI.						
4. Chaque collaborateur a accès au DPI selon sa fonction						

5. Une formation suffisante est fournie pour permettre aux collaborateurs d'utiliser le DPI.						
6. Suffisamment de ressources (financières et humaines) sont disponibles pour assurer le fonctionnement du DPI.						
7. La direction soutient le DPI.						

*La section C4 permet d'évaluer le suivi réflexif, c'est-à-dire le travail d'évaluation effectué par les personnes pour faire évoluer le DPI.*

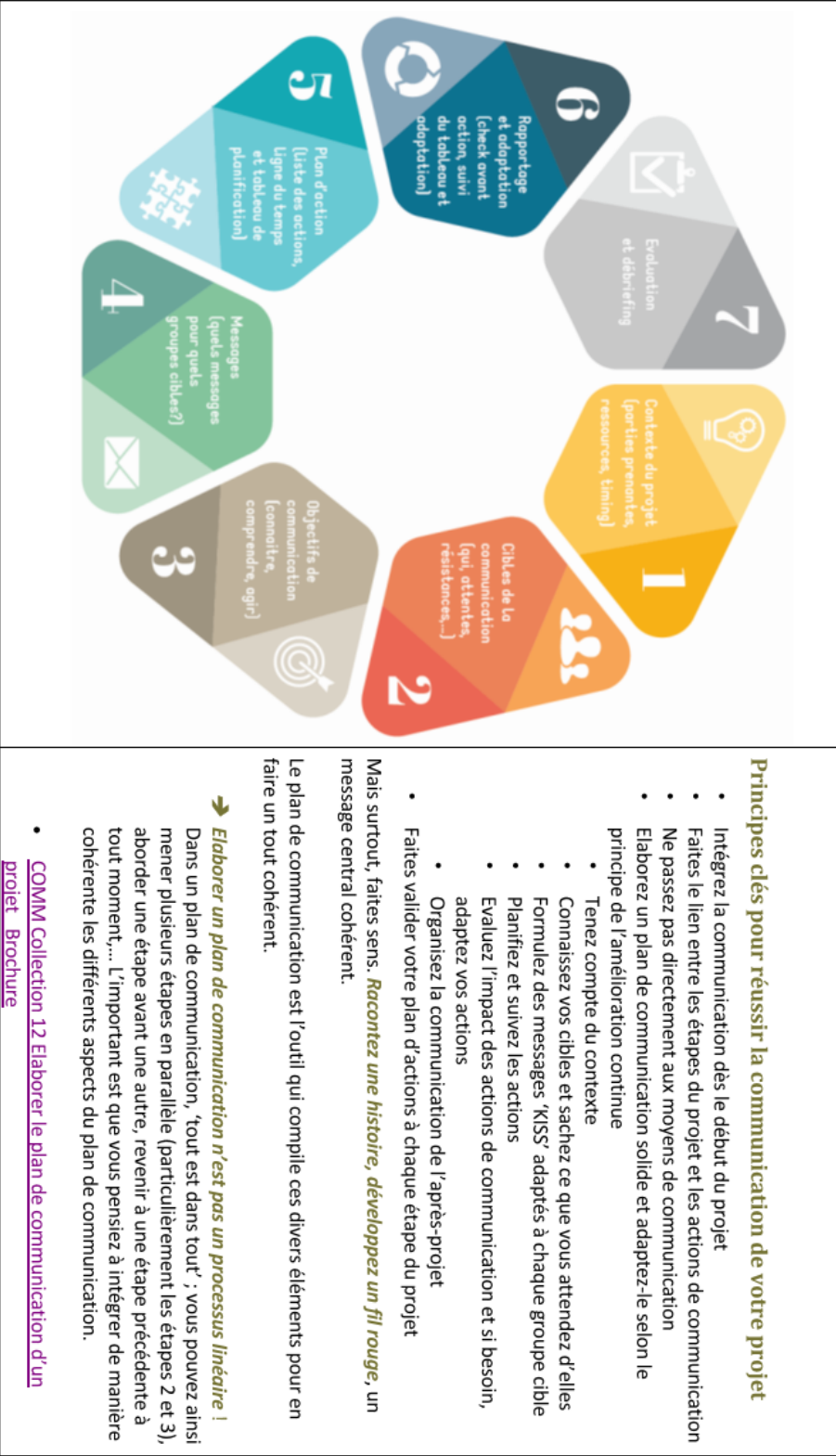
Section C4	Fortement en désaccord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non applicable
1. Je comprends les bénéfices du DPI pour les patients et les collaborateurs						
2. L'ensemble des collaborateurs pense que le DPI est un atout						
3. J'apprécie les bénéfices du DPI sur mon travail.						
4. Mon avis sur le DPI peut être utilisé pour l'améliorer à l'avenir.						
5. Le DPI me permet d'améliorer ma façon de travailler						

Annexe n°4 : Plan de communication d'un projet : résumé des 7 étapes (SPF P&O, 2016)

COMM COLL 12 - Elaborer le plan de communication d'un projet

Plan de communication d'un projet : résumé des 7 étapes

En un coup d'œil



Les outils de base	Pour aller plus loin	
<b>Etape 1 – Contexte</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Parties prenantes Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">Parties prenantes Template</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">SOAR Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">SOAR Template</a></li> </ul>	<p><b>Pas de panique !</b></p> <p>Ce guide propose un 'package' complet pour vous aider à développer le plan de communication d'un projet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des Informations générales,</li> <li>• une méthode,</li> <li>• des exemples</li> <li>• des outils (templates et fiches pratiques) en ligne.</li> </ul> <p><i>Mais vous ne devez pas forcément tout lire ni utiliser tous les outils proposés. Faites votre choix en fonction de l'ampleur de votre projet, du temps dont vous disposez,...</i></p> <p>→ Vous n'êtes pas du tout familiarisé avec la communication ? Cela vaut la peine de vous imprégner des notions de base en lisant l'entièreté de la publication. Vous pourrez ensuite facilement sélectionner les parties qui vous seront plus utiles pour élaborer le plan de communication de votre projet.</p> <p>→ Vous êtes un communicateur chevronné ? Vous pouvez aller à l'essentiel en consultant directement les outils en ligne. Quel que soit votre profil, puisez dans ce guide et ces outils comme bon vous semble !</p> <p><b>Un exemple</b></p> <p>A titre d'exemple, vous trouverez dans la brochure le cheminement suivi pour l'élaboration d'un plan de communication relatif à la publication d'une brochure.</p> <p>Retrouvez également en ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Exemple PLANCOMM de base (publication d'une brochure)</a></li> <li>✘ <a href="#">Exemple PLANCOMM complexe (projet à long terme, avec dimension interne et externe)</a></li> </ul>
<b>Etape 2 - Groupes cibles</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Groupes cibles Synthèse Template</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Groupes cibles Portraits Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">Groupes cibles Portrait Template</a></li> </ul>	
<b>Etape 3 - Objectifs de communication</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Objectifs COMM Synthèse Template</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Objectifs COMM Ebauche Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">Objectifs COMM Ebauche Template</a></li> </ul>	
<b>Etape 4 Messages</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Plannings COMM Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">Plannings COMM Template</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Storytelling - Elevator pitch Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">ZE Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">ZE Template</a></li> </ul>	
<b>Etape 5 Plan d'actions</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Plannings COMM Fiche</a></li> <li>✘ <a href="#">Plannings COMM Template</a></li> </ul>		
<b>Etape 6 Suivi et adaptation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Plannings COMM Template</a></li> <li>✘ <a href="#">Débriefing Template</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">COMM Collection 15 Evaluer des actions de communication Brochure</a></li> </ul>	
<b>Etape 7 Evaluation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">Débriefing Template</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ <a href="#">COMM Collection 15 Evaluer des actions de communication Brochure</a></li> </ul>	



### Etape 1 : Tenir compte du contexte du projet

<p>Cette première étape permet de faire <b>la transition entre le projet et la communication</b>. Il s'agit d'identifier les éléments du contexte du projet utiles à la communication de celui-ci.</p>	<p><b>Questions à se poser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les parties prenantes ?</li> <li>• Quel est le budget à votre disposition pour la communication ?</li> <li>• Combien de temps pouvez-vous y consacrer ?</li> <li>• Sur l'aide de qui pouvez-vous compter ?</li> <li>• Quels sont les moyens disponibles (ressources humaines, budget,...)?</li> <li>• Quelles sont les éventuelles limitations/contraintes/opportunités (deadline ?)?</li> </ul> <p><b>A faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analysez le contexte global de votre projet</li> <li>• Dans le cas d'une action récurrente, prenez en compte l'évaluation de l'action précédente.</li> <li>• Identifiez, listez et analysez les parties prenantes</li> <li>• Énumérez les moyens disponibles</li> <li>• Listez les limitations/contraintes</li> <li>• Faites une première évaluation de la faisabilité de votre plan de communication (comparez ces éléments au seuil minimal pour une communication de qualité).</li> </ul>	<p><b>Outils de base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>🔗 <a href="#">Parties prenantes Fiche</a></li> <li>🔗 <a href="#">Parties prenantes Template</a></li> </ul> <p><b>Outils pour aller plus loin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>🔗 <a href="#">SOAR Fiche</a></li> <li>🔗 <a href="#">SOAR Template</a></li> </ul>
--	---	--



## Etape 2 : Analyser les différents groupes cibles

<p>Dans l'étape 1, vous avez listé les parties prenantes et parmi celles-ci, vous avez déterminé les groupes cibles de la communication, c'est-à-dire l'<b>ensemble de personnes ou d'instances</b> que vous souhaitez atteindre avec la communication du projet.</p> <p>Vos groupes-cibles peuvent être homogènes (ex : <i>les collègues, les bourgmestres, les pompiers, les services fiscaux...</i>).</p> <p>En fonction du projet (taille, impact...) il peut être utile de de les 'affiner' et les <b>subdiviser en plusieurs sous-groupes</b> (ex : les <i>digital natives</i>, les actifs, les membres du personnel ne disposant pas d'ordinateur...). Cela peut s'avérer nécessaire sur le plan de l'implication, de l'attitude, du message, des moyens mis en œuvre...</p> <p>A noter que de plus en plus, les groupes cibles attendent une <b>communication 'sur mesure'</b>. Ils apprécient d'être <b>impliqués</b> et de pouvoir <b>donner leur avis</b>. A côté des communications 'classiques', envisagez également des moments d'échanges, des appels à contribution...</p>	<p><b>Questions à se poser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les différents groupes cibles ?</li> <li>• Tous les groupes cibles sont-ils homogènes (en ce qui concerne le projet) ou un groupe cible particulier doit-il être subdivisé (importance, implication, attitude vis-à-vis du projet, connaissances, aptitudes et préférences en informatique, accessibilité, localisation, utilisation des médias...)?</li> <li>• Quelles sont les conséquences du projet pour les différents groupes-cibles ?</li> <li>• Qu'attendez-vous des groupes cibles ? Vos attentes sont-elles fortes ou faibles ? Demandez-vous, par groupe cible, si vous voulez qu'il soit informé de l'existence du projet, comprenez le projet, soit convaincu de la valeur ajoutée du projet, collabore au projet, convainque les autres de la nécessité du projet ?</li> <li>• Quel(le) est leur principal(e) souci, barrière...?</li> </ul> <p><b>A faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consacrez du temps à une analyse en profondeur des groupes cibles.</li> <li>• Divisez si nécessaire chaque groupe cible en sous-groupes en fonction de critères qui vous semblent les plus opportuns.</li> <li>• Listez des réponses possibles en regards des craintes et des besoins identifiés.</li> </ul>	<p><b>Outils de base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✎ <a href="#">Groupes cibles Synthèse Template</a></li> </ul> <p><b>Outils pour aller plus loin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✎ <a href="#">Groupes cibles Portraits Fiche</a></li> <li>✎ <a href="#">Groupes cibles Portraits Template</a></li> </ul>
--	---	---





### Etape 3 : Déterminer les objectifs de communication

<p>Cette étape vise à déterminer les objectifs de communication, c'est-à-dire les <b>résultats</b> que vous voulez atteindre avec la communication de votre projet.</p> <p>Sans objectifs clairs, la communication reste en effet assez vague et risque de perdre son sens.</p> <p>Pensez à assortir vos objectifs d'<b>indicateurs</b> (KPI) qui permettront de déterminer a posteriori si vos résultats ont été atteints.</p>	<p><b>Questions à se poser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel résultat voulez-vous atteindre avec la communication du projet ?</li> <li>• Les objectifs de communication sont-ils formulés de manière SMART ?</li> <li>• Quels indicateurs permettront de vérifier si les objectifs sont atteints ?</li> </ul> <p><b>A faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifiez les buts à atteindre (convaincre, faire adhérer ...).</li> <li>• Formulez vos objectifs de communication.</li> <li>• Déterminez les indicateurs qui permettront de déterminer si les objectifs sont atteints.</li> </ul>	<p><b>Outils de base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Objectifs COMM Synthèse Template</a></li> </ul> <p><b>Outils pour aller plus loin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Objectifs COMM Ebauche Fiche</a></li> <li>• <a href="#">Objectifs COMM Ebauche Template</a></li> </ul>
---	--	---



### Etape 4 : Définir quels messages pour quels groupes cibles

<p>Dans cette étape, vous définissez les messages qui constitueront le 'fil' de votre histoire.</p> <p>Plus vos messages sont adaptés aux besoins de vos groupes cibles, plus votre communication aura de l'impact.</p>	
<p><b>Questions à se poser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le contenu (le centre) de votre communication par groupe cible ?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comment l'exprimez-vous (mots, images...) ?</li> <li>○ Les messages sont-ils identifiables ?</li> </ul> </li> <li>• Les messages correspondent-ils aux besoins des différents groupes cibles ?</li> <li>• Les messages cadrent-ils avec vos objectifs (sur le plan du style, de l'impact...) ?</li> <li>• Les différents messages sont-ils cohérents les uns par rapport aux autres ?</li> <li>• Quel est le message principal d'une action de communication ?</li> </ul>	<p><b>Outils de base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✳ <a href="#">Plannings COMM Fiche</a></li> <li>✳ <a href="#">Plannings COMM Template</a></li> </ul> <p><b>Outils pour aller plus loin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✳ <a href="#">Storytelling - Elevator pitch Fiche</a></li> <li>✳ <a href="#">ZE Fiche</a></li> <li>✳ <a href="#">ZE Template</a></li> </ul>
<p><b>A faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégiez un message unique et simple par action de communication et par groupe cible.</li> <li>• Identifiez les messages primaires et secondaires</li> <li>• Veillez à utiliser un ton et un langage adapté à chaque groupe cible.</li> <li>• Assurez-vous que les messages soient connus et utilisés par tous les émetteurs (=cohérence).</li> </ul>	



## Etape 5 : Elaborer le plan d'actions

<p>Voici venu le moment de fusionner les résultats des exercices de réflexion précédents. Ne reprenez pas tout : choisissez ce qui vous semble le plus important en tenant compte du contexte et de la faisabilité.</p> <p>S'il est intéressant de réaliser les étapes précédentes en groupe de travail, cette étape-ci est du ressort du chef de projet et/ou du communicateur.</p> <p>Un plan de communication finalisé se compose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un planning de communication : un tableau reprenant tous les aspects de chaque action de communication planifiée, et éventuellement</li> <li>d'un plan de communication visuel : un aperçu général, sous la forme d'une ligne du temps, reprenant succinctement toutes les actions de communication (une ligne pour chaque groupe cible ou sous-groupe identifié)</li> </ul>	<p><b>Questions à se poser</b></p> <p><b>Plan de communication visuel (ligne du temps)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A quel moment est-il nécessaire de communiquer ?</li> <li>Vers quels groupes cibles ?</li> <li>Quel moyen de communication est le mieux adapté ?</li> <li>Votre plan de communication est-il réaliste, faisable ?</li> </ul> <p><b>Planning de communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A quel moment l'action de communication sera-t-elle réalisée ?</li> <li>Quel groupe de personnes voulez-vous atteindre avec cette action ?</li> <li>Quel est le contenu de l'action de communication ?</li> <li>Quel canal de communication faut-il utiliser ?</li> <li>Quel matériel est nécessaire (brochure, fiche d'information ...)?</li> <li>Qui transmettra le message ?</li> <li>Combien de fois répéter cette action précise ?</li> <li>Qui est en pratique le responsable de la réalisation de l'action ?</li> </ul> <p><b>A faire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborez les actions de communication, par cible.</li> <li>Etablissez un plan de communication visuel reprenant tous les 'moments de communication' et les actions y afférentes.</li> <li>Complétez toutes les cases du planning de communication.</li> <li>Contrôlez vos actions de communication sur base de votre analyse des groupes cibles. Vérifiez si elles correspondent aux conclusions que vous avez tirées lors de cette analyse.</li> <li>Faites un rétroplanning réaliste !</li> </ul>	<p><b>Outils de base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Plannings COMM Fiche</a></li> <li><a href="#">Plannings COMM Template</a></li> </ul> <p><b>Outils pour aller plus loin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">ZE Fiche</a></li> <li><a href="#">ZE Template</a></li> </ul>
--	---	--



### Etape 6 : Faire le suivi et adapter

<p>Un plan de communication est un outil de travail qui doit évoluer en permanence. Au fil du temps, des modifications peuvent s'avérer nécessaires, par exemple si du retard a été pris dans le projet.</p> <p>Soumettez régulièrement le plan au comité de pilotage du projet, discutez-en avec toutes les personnes intéressées et adaptez-le si nécessaire.</p>	<p><b>Questions à se poser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Votre communication reste-t-elle d'actualité dans un contexte en pleine évolution ?</li> <li>• Des adaptations sont-elles nécessaires             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ en ce qui concerne les groupes cibles ?</li> <li>○ en ce qui concerne les sous-groupes ?</li> <li>○ dans le style ou le ton ?</li> </ul> </li> <li>• Les messages sont-ils bien compris par les différents groupes cibles ?</li> </ul> <p><b>A faire</b></p> <p>Veillez à ce qu'il y ait un feedback permanent sur les actions réalisées et procédez aux ajustements nécessaires.</p>	<p><b>Outils de base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➊ <a href="#">Plannings COMM Template</a></li> <li>➋ <a href="#">Débriefing Template</a></li> </ul> <p><b>Outils pour aller plus loin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➌ <a href="#">COMM Collection 15 Évaluer des actions de communication Brochure</a></li> </ul>
---	--	--



### Etape 7 : Evaluer et débriefer

<p>Dans cette dernière étape, vous évaluez dans quelle mesure vous avez atteint vos objectifs de communication.</p>	<p>Questions à se poser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous atteint vos objectifs (totalement, partiellement) ?</li> <li>• Si non : où votre plan a-t-il échoué ?</li> <li>• Comment pourriez-vous améliorer cela dans le futur ?</li> <li>• Pourriez-vous utiliser dans le futur la même méthode pour un projet similaire ?</li> </ul> <p><b>A faire</b></p> <p>Beaucoup de projets se ressemblent. L'expérience acquise aujourd'hui vous sera sans aucun doute encore utile dans le futur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faites toujours un 'débriefting' de vos actions pour affiner vos compétences.</li> <li>• Communiquez sur les résultats des actions de communication</li> </ul>	<p>Outils de base</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✳ <a href="#">Débriefting Template</a></li> </ul> <p>Outils pour aller plus loin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✳ <a href="#">COMM Collection 15 Évaluer des actions de communication Brochure</a></li> </ul>