

Louvain School of Management

Quels sont les facteurs clés de succès pour la mise en place d'un dossier patient informatisé commun visant à harmoniser la gestion des données médicales dans un contexte hospitalier ?

Auteur : Eugène Maxime
Promoteur : Lejeune Christophe
Année académique 2022-2023
Travail de fin d'études (TFE) en vue d'obtenir le titre de
Master en Ingénieur de gestion majeure innovation management
Horaire de jour

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Louvain School of Management

Place des Doyens, 1 bte L2.01.01, 1348 Louvain-la-Neuve
Boulevard Emile Devreux 6, 6000 Charleroi, Belgique
Chaussée de Binche 151, 7000 Mons, Belgique

www.uclouvain.be/lsm

Remerciement :

J'aimerais tout d'abord remercier mon promoteur, le professeur Christophe LEJEUNE de m'avoir donné l'opportunité de faire ce mémoire axé sur la digitalisation. De m'avoir accompagné et d'avoir été présent lorsque j'avais des interrogations. Je remercie aussi Mon maître de stage Olivier LEQUENNE ainsi que Phillipe CABY d'avoir permis que j'effectue mon stage chez Jolimont et de m'avoir autorisé à suivre ce projet de migration de DPI tout au long de mes 3 mois de stage.

Je remercie également le département DPI, plus précisément Maryse ESTIEVENART, Pauline WEILER, Karen WINANT, Hélène DABE, Valérie BAYEUL, Franco et Laurence MASCART de m'avoir tenu compagnie durant ces trois mois de stage. D'avoir mis l'ambiance avec vos conversations toujours très intéressantes et ainsi, d'avoir fait en sorte que cela valait la peine d'effectuer tous ces trajets pour venir jusqu'à la Louvière. Je remercie à nouveau Laurence MASCART pour m'avoir en plus, aiguillé dans le milieu ainsi que d'avoir utilisée sa grande expérience dans les hôpitaux du groupe Jolimont pour m'avoir trouvé les personnes que j'ai interviewées.

Je remercie aussi toutes les personnes que j'ai interviewées à savoir Myriam MRIMI, Valérie LECOMPTE, Le docteur X ayant souhaité rester anonyme et Natalie POLIART pour m'avoir accordé de leurs temps et d'avoir fait l'exercice difficile de se remémorer la migration qui a eu lieu il y a plus de sept ans.

J'adresse aussi mes remerciements à Paul-Henri VAN RASBOURGH qui m'a épaulé pour mon mémoire et m'a accepté à plusieurs de ses réunions afin que je puisse récolter des précieuses informations.

Mes compliments vont aussi à mes amis et ma famille qui m'ont soutenu durant toute la période de rédaction de ce mémoire et qui m'ont encouragé lorsque ma motivation flanchait

Acronymes et définition de différents termes utilisés au cours de ce mémoire :

ADT: Admission, Discharge, Transfert

API : Application Programming Interface (Interface de programmation d'applications)

BLIT : Logiciel de gestion de lit homemade

DPI: Dossier de Patient Informatisé

DIAMIC: Logiciel de gestion de laboratoire d'anatomopathologie

EPR H+: Dossier infirmier paramédical utilisé au CHR de Mons et Warquignies

HIS : Hospital Information System

INAMI: Institut national d'assurance maladie invalidité

INFOHOS: Logiciel de gestion de pharmacie

JADE/GLIMS : Applications de laboratoire utilisés par Jolimont / CHR (LIS)

LIS : Laboratory Information System

MEDES: Logiciel de gestion administrative du service d'imagerie médicale (RIS)

OAZIS: Logiciel ADT, de tarification et de facturation (HIS)

ORLINE: Outil de gestion des quartiers opératoires

PACS: Picture Archiving and Communication System

RIS: Radiology Information System

RSW: Réseau Santé Wallon

SMARTLIS: LIS de l'hôpital Ambroise Paré

TELEMIS: Logiciel PACS

UG: UltraGenda, gestion des agendas et planification des consultations

WINDMI: DPI développé par CHR de Mons et Warquignies

WISH: HIS anciennement utilisé par le CHR M/W

XCARE : DPI utilisé dans 6 hôpitaux du groupe Jolimont pour les consultations (En cours de déploiement au CHR M/W pour les hospitalisations)

XLINE: Suite de gestion de quartiers opératoires, stérilisation, gestion des endoscopes

XPREST: Module de XCARE permettant l'encodage et la traçabilité des prestations. (Pas encore utilisé dans tous les services de Jolimont)

ZDMI: Nouveau nom donné au logiciel WINDMI (permettant de scinder les modules)

ZPREST: Module de ZDMI permettant l'encodage des prestations (homemade) utiliser en attendant le déploiement du module industriel XPREST

Table des matières

Table des matières

Introduction	9
1.1 Objectif du mémoire.....	9
1.2 Structure du mémoire	9
2. Contexte.....	10
2.1 Introduction	10
2.2 Présentation du groupe Jolimont	11
2.3 Introduction au DPI XPerthis Care.....	11
3. Cadre théorique.....	12
3.1 Concepts principaux	12
3.1.1 La digitalisation dans le milieu hospitalier	12
3.1.2 Le dossier patient informatisé	13
3.1.3 La transmission de compétences	15
3.1.4 Les changements organisationnels	16
3.1.5 Les facteurs clés de succès	17
3.2 XPerthis Care	18
3.2.1 Description du logiciel.....	18
3.2.2. Fonctionnement du logiciel	19
4. Méthodologie.....	22
4.1 Introduction et objectif de l'étude	22
4.2 Choix du terrain et constitution de l'échantillon	23
4.3 Collecte des données	24
4.4 Analyse des données	25
5. Résultats	26
5.1 Déroulement d'une migration de DPI	26
5.1.1 Plan de déploiement.....	26
5.1.2 Les formations	27
5.1.3 Plan de communication.....	28
5.1.4 Planning des migrations.....	28
5.2 Facteurs clés de succès identifiés	29
5.2.1 L'implication des nouveaux utilisateurs	30

5.2.2 L'adhésion au projet	30
5.2.3 Les formations	31
5.2.4 L'accompagnement.....	32
5.3 Impact de la migration du DPI sur l'efficacité du personnel	33
5.4 Défis rencontrés lors de la migration du DPI	34
5.5 Stratégie pour réussir une migration de DPI.....	35
6. Discussion.....	36
6.1 Implications.....	36
6.1.1 Le fonctionnement interne lors d'une migration.....	37
6.1.2 Les retours d'expériences.....	38
6.2 Limites	39
6.2.1 Absence lors de la migration.....	39
6.2.2 Qualité des personnes interviewées	39
6.2.3 La quantité de personnes interviewées.....	40
7. Conclusion & recommandations.....	40
7.1 Conclusion.....	40
7.2 Recommandations	42
8. Bibliographie	44
9. Annexes	47
9.1 Observations	47
9.1.1 Réunion DPI 14/02 16h	47
9.1.2 Réunion alignement d'offre Jolimont/Asdaex 15/02 13h30	47
9.1.3 Réunion alignement d'offre Jolimont/Asdaex 24/02 12h	47
9.1.4 Réunion alignement final d'offre Jolimont/Asdaex 02/03 10h30	47
9.1.5 Réunion DPI 21/03 15h	48
9.1.6 Réunion DPI : Plan de communication 28/03 14h30	48
9.1.7 Réunion DPI : Plan de communication 04/04 15h.....	48
9.1.8 Réunion DPI 11/04 15h	49
9.1.9 Réunion DPI 18/04 15h	49
9.1.10 Réunion DPI 25/04 15h	50
9.2 Retranscriptions interviews	50
9.2.1 Mrimi Myriam ;.....	50
9.2.2 Lecompte Valérie.....	53
9.1.3 Docteur X	57
9.1.4 Poliard Nathalie	60

Introduction

1.1 Objectif du mémoire

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs clés de succès pour la mise en place d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) commun dans un groupe hospitalier. Cet objectif est basé sur un cas concret d'une migration de DPI effectuée au sein du groupe Jolimont.

Ce mémoire projet est réalisé lors d'un stage de master effectué au sein de ce groupe. Ce stage donnera la possibilité de faire une étude approfondie sur le terrain et obtenir les données nécessaires à la bonne réalisation du projet. Ainsi, il aidera ce groupe à obtenir une meilleure compréhension de ces facteurs clés qui ont le plus d'impact sur le succès d'une implémentation. Cette compréhension plus accrue les aidera à planifier et à mettre en œuvre des stratégies plus efficaces s'ils sont amenés à réitérer une telle migration de DPI. Nous identifierons donc aussi les avantages, les défis associés à la migration des DPI hospitaliers et les stratégies à mettre en œuvre pour minimiser le risque de résistance au changement.

Un autre objectif adjacent à cette étude est l'impact de ces changements de systèmes sur l'efficacité du personnel durant le changement et sur une vision long terme.

1.2 Structure du mémoire

Ce mémoire commence par un premier chapitre de contextualisation. Ce chapitre est divisé en une partie introduction de la situation actuelle, une présentation du groupe Jolimont d'où viennent les données d'analyse et une partie présentation du DPI utilisé dans ce projet. Ce chapitre a pour but de comprendre d'où part le projet et dans quel environnement on navigue tout au long de ce dernier.

La deuxième partie aborde l'état de l'art, le cadre théorique qui rassemble les informations déjà existantes concernant ce mémoire. Il est divisé en 2 sections, une section abordant la revue de littérature et une section sur le dossier patient informatisé XPerthis Care utilisé dans les hôpitaux Jolimont. La revue de littérature sera composée de l'explication théorique des sujets qui seront présent dans ce mémoire tel que la digitalisation, le transfert de compétences ou le changement organisationnel. La section sur le dossier patient informatisé XPerthis Care sera une explication plus en profondeur de ce logiciel qui est central dans ce mémoire.

Nous continuerons avec la partie 3 qui résume la méthodologie suivie tout au long de ce mémoire. De la récolte de donnée jusqu'à la présentation des résultats en passant par tout le cheminement des hypothèses qui sont formulées et de l'analyses des données récoltées.

L'analyse dans le cadre de ce mémoire et les résultats de cette dernière sont explicités dans la quatrième partie. L'analyse est effectuée de deux manières différentes. Tout d'abord, une partie est fondée sur le suivi de toutes les opérations effectuées lors de cette mise en place du DPI commun au sein même de l'hôpital Jolimont lors d'un stage de master. Et l'autre partie est basée sur une enquête effectuée sur le personnel hospitalier qui a eu affaire à cette transition. Les résultats de l'étude sont alors présentés pour les différentes sections de ce mémoire et nous pourront alors identifier les facteurs clés de succès de la mise en place d'un DPI commun.

La cinquième partie est dédiée aux discussions sur la comparaison des résultats de l'étude avec ceux de l'état de l'art, des implications des résultats pour les praticiens et les décideurs, des limites de l'étude ainsi que les suggestions pour les recherches futures.

Et finalement, la sixième et dernière partie est une conclusion résumant les principaux résultats et contributions de l'étude, ainsi que les implications pour la pratique et les politiques de santé.

2. Contexte

2.1 Introduction

Dans le domaine des soins de santé, la digitalisation de l'information commence à prendre une place importante, notamment dans les hôpitaux. Cette digitalisation améliore la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins. Dans les grands groupes hospitaliers comme celui de Jolimont situé en Belgique, il arrive de fréquemment intégrer de nouveaux centres hospitaliers au sein du groupe. Une procédure qui intervient souvent lors de ce genre d'intégration est l'harmonisation du système d'information utilisé au sein du groupe et des nouveaux centres hospitaliers. L'un des éléments principaux de ces systèmes d'informations est le Dossier Patient Informatisé (DPI) et ces dpi ne sont pas souvent les mêmes entre les différents centres hospitaliers.

Pour harmoniser le système d'information, une migration du DPI utilisé au sein du groupe dans les nouveaux hôpitaux est nécessaire. Cela aura pour avantage de faciliter la communication et la collaboration entre les différents hôpitaux. Cette tâche peut toutefois être difficile dû à la complexité de ce genre de système d'information ce qui nécessitera une planification minutieuse pour être certain d'effectuer cette transition tout en douceur.

2.2 Présentation du groupe Jolimont

Le groupe Jolimont est un groupe hospitalier situé en région Wallonne en Belgique. Fondé en 1881 à la Louvière, l'hôpital Jolimont s'est développé dans le domaine de soin de santé jusqu'en 2014 où, une fusion juridique des asbl hospitalières en une seule asbl sous le nom de Centres Hospitaliers Jolimont, est effectuée. Cette fusion avait pour but de rassembler 4 sites géographiques soit 942 lits en une même structure juridique créant ainsi le groupe Jolimont (*Groupe Jolimont*, 2023). En 2018, Le CHR Mons-Hainaut composé du site Saint-joseph et du site Warquignies intègre à son tour le groupe Jolimont rejoignant ainsi le site de Jolimont, Lobbes, Nivelles et Tubize.

En termes de chiffres, le groupe Jolimont représente aujourd'hui, 514 705 consultations, 41 209 admissions globales et plus de 5 500 collaborateurs et médecins sur les six sites. Le Groupe Jolimont fédère un réseau d'institution opérant dans le Brabant wallon et le Hainaut. Ces institutions ont pour but d'établir diverses formes de solidarités, de partager des compétences, des valeurs humaines, des intérêts scientifiques et de renforcer leur complémentarité en étant actives dans le domaine des soins hospitaliers et ambulatoires et dans les domaines de l'accueil des enfants, des personnes âgées et de toute personne en difficulté de vie. Le Groupe Jolimont est le premier Groupe de Santé wallon. (*Groupe Jolimont*, 2023)

En terme de système d'information, le groupe Jolimont a pour projet d'utiliser le DPI XPerthis Care (raccourci XCare) au sein des 6 sites. Actuellement, seulement 4 des 6 sites utilisent XCare de façon totalement opérationnelle. Les sites de Mons et Warquignies doivent encore effectuer la migration qui est l'objet de ce mémoire.

2.3 Introduction au DPI XPerthis Care

Le Dossier Patient Informatisé Xperthis Care est un logiciel développé par ZORGI, une entreprise spécialisée dans les solutions informatique dans le secteur de soin de santé. Il a de

nombreux avantages, comme offrir une plus grande ergonomie, renforcer la sécurité des données de soins de santé des patient et améliorer la qualité des prestations. Cette qualité de prestations est améliorée grâce à la centralisation des données mise à jour en temps réel (Communiqué de presse du centre de santé des Fagnes, 2021).

3. Cadre théorique

3.1 Concepts principaux

Dans l'objectif d'avoir connaissance de toutes les explications théoriques en lien avec ce mémoire, cette revue de littérature sera articulée en 5 différentes parties qui représentent les concepts qui seront abordés dans ce mémoire projet.

3.1.1 La digitalisation dans le milieu hospitalier

Dans le milieu professionnel comme privé, tout à tendance à se digitaliser depuis de nombreuses années. Nous sommes dans une ère où le numérique fait partie intégrante de notre vie et, le milieu hospitalier ou plus globalement les soins de santé, ne font pas exception à cette évolution digitale. Selon Willemin, B. (2018), la médecine s'inscrit dans cette évolution de manière progressive comme elle est amenée à le faire régulièrement dans un processus normal d'appropriation d'une technologie nouvelle.

Avant toute chose, afin de comprendre de quoi nous parlons dans cette partie, il est important de définir le concept de digitalisation.

La digitalisation est la conversion d'informations d'un format à un autre. Ce processus est utilisé dans de nombreux secteurs, notamment l'enregistrement et la distribution de musique, de documents et de sons. En générant des séries de chiffres, l'objet est représenté dans un format numérique (Barriere, 2022). Le mot digital en tant que tel vient de « Digit » (doigt) qui signifie « chiffre » ou « nombre », on peut référer cela aux documents qui sont représentés par des nombres pour pouvoir par exemple les diffuser plus rapidement (Timsit, 2018). En d'autres mots, la digitalisation favorise l'émergence et/ou le développement de pratiques innovantes, influençant nos modes de production, de consommation et d'échange (Van Haeperen, 2017).

Dans l'histoire médicale, la digitalisation peut se traduire en la transformation d'éléments du réel en donnée numérique. Elle peut se définir par 4 opérations fondamentales : La transmission, le stockage, la reproduction aisée et précise ainsi que le calcul sur des bases de données mise en stock. La qualité première de la digitalisation dans les hôpitaux est le stockage de l'information et cette dernière peut être d'ordre médical, administratif ou financière. Une autre qualité est qu'elle peut changer le rapport au temps via deux traits principaux : l'immédiateté et la permanence (Willemin, 2018).

Selon Lefebvre, l'un des avantages de la digitalisation dans le milieu hospitalier est la création de nouveaux services et produits. Nous pouvons prendre comme exemple l'intelligence artificielle qui peut jouer un grand rôle dans l'optimisation et l'aide à la décision, la robotisation au niveau de la technique médicale ou encore la digitalisation du dossier patient. Ces nouveaux services et produits apportent de la plus-value sur le terrain, en terme de commercialisation de ces derniers et facilite le prototypage (2020).

3.1.2 Le dossier patient informatisé

3.1.2.1 Définitions

Un dossier patient informatisé (DPI) est une technologie de type ERP visant à numériser, traiter et partager instantanément les données médicales et administratives des patients sous un référentiel unique. C'est donc un outil de communication, de coordination et d'information entre les différents acteurs de la santé. Grâce à lui, l'ensemble des besoins fonctionnels liés à la prise en charge du patient peuvent être répondus en intégrant l'ensemble des fonctions de l'hôpital tel que la prescription électronique, l'agenda du patient, les circuits du médicament, etc... (Hochlaf, 2021).

Le DPI peut être considéré comme l'évolution du système d'information hospitalier et, à l'origine, ce dernier était composé de deux sous parties :

Une partie comportant les systèmes relatifs à la prise en charge des patients (prise en charge administrative, médicale ou paramédicale). Et une partie comportant les systèmes de gestion administrative concernant les activités qui soutiennent le processus de prise en charge du patient sans y participer directement. L'apparition du DPI a estompée cette frontière entre le système d'informations des différents supports et celui de production pour ne faire qu'un seul système complet (Morquin & Ologeanu-Taddei, 2018). Alors qu'avant la prise en charge du patient était

assurée par diverse application distinctes, cet outil assure la totalité des fonctions nécessaire à cette prise en charge (Hochlaf, 2021).

Afin de mieux comprendre comment fonctionne le DPI, Baujard & Ben Hamouda (2015) ont proposé de schématiser les différentes interactions du processus d'un DPI dans un contexte hospitalier en s'inspirant d'Orlikowski (1992) et Swanson et Ramiller (1997). En voici le résultat :

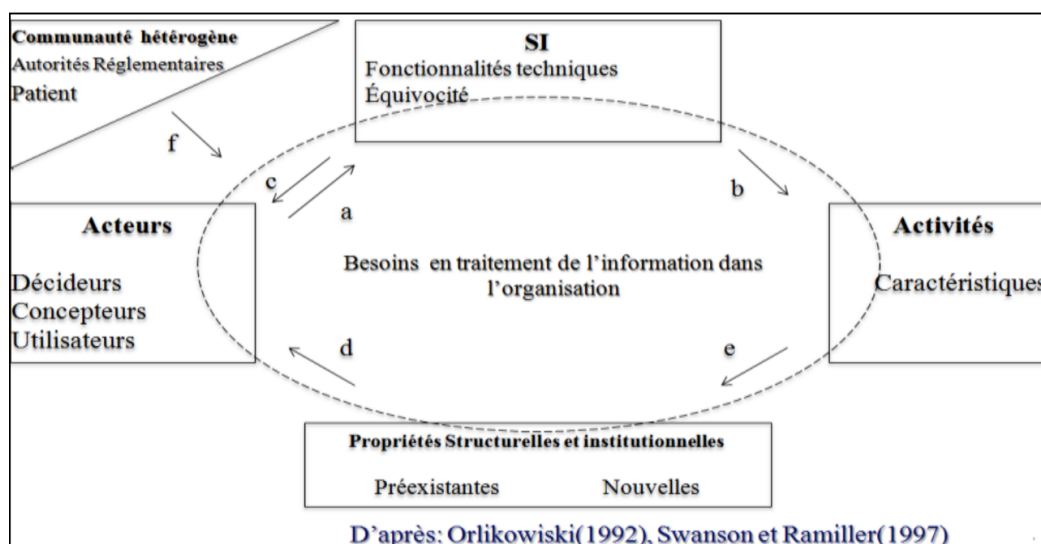


Schéma 1 : Processus d'un DPI dans un contexte hospitalier (Baujard & Ben Hamouda, 2015)

Relations	Types d'influences
A	Le DPI est le produit des actions médicales réalisées par les médecins et leurs interactions sur le processus de prise en charge du patient.
B	Le DPI constitue un support à l'exécution de l'action des soignants
C	Le DPI peut être un élément qui facilite ou qui contraint le personnel soignant
D	Les propriétés institutionnelles affectent les médecins et les patients dans leurs relations avec le DPI
E	Les interactions entre médecins et patients produisent de nouvelles structures organisationnelles
F	La communauté médicale hétérogène (autorités réglementaires et patients) influence l'utilisation du DPI

Tableau 1 : légende du schéma 1 (Baujard & Ben Hamouda, 2015)

3.1.2.2 Caractéristiques

Le dossier patient informatisé est un outil complexe et très complet, il possède de nombreuses caractéristiques qui lui permettent d'être indispensable dans le milieu hospitalier. Le paragraphe suivant résumera ces différentes caractéristiques.

Selon Hochlaf (2021), Le DPI est un outil regroupant les informations médicales et soignantes tout au long du parcours du patient dans un fichier unique qui peut être partagé par tous les professionnels de santé. Il comprend le dossier médical, le dossier de soins, le dossier social, le dossier de rééducation, les circuits médicamenteux, la gestion des rendez-vous, la réanimation, l'anesthésie, les urgences adultes et pédiatriques, le circuit de biologie, le bloc opératoire, la périnatalité, l'imagerie et le codage du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Il possède son propre système de communication sécurisé qui permet de communiquer et d'échanger les dossiers médicaux entre les différents professionnels de la santé. Enfin, il a pour particularité d'être paramétrable en fonction des besoins et règles de fonctionnement de l'entreprise dans lequel il est implémenté.

3.1.3 La transmission de compétences

Mettre en place un DPI commun dans différents hôpitaux n'est pas un projet anodin qui nécessite tout simplement de changer d'application sur les serveurs, cela implique que le personnel des hôpitaux devant changer de DPI doit apprendre à utiliser le nouveau afin de pouvoir travailler de manière aussi efficace qu'avant la migration. Afin d'effectuer cet apprentissage au plus vite pour éviter de diminuer les performances du personnel médical, les personnes déjà formées à ce nouveau DPI et qui l'utilisent dans leurs hôpital depuis un moment doivent transmettre leurs compétences aux non-initiés.

Le terme "compétence" a un sens plus large que les termes "savoir" et "savoir-faire". Les compétences sont la capacité à mobiliser différentes ressources (connaissances, savoir-être, savoir-faire) dans une situation professionnelle particulière pour atteindre un résultat. Elle est inséparable de l'action et ne peut être comprise qu'à travers l'activité (Observatoire prospectif du commerce, 2017). La notion de transmettre, elle, peut être définie par les compétences nécessaires à son accomplissement qui sont : la maîtrise des connaissances ou savoir-faire à transmettre, la maîtrise de compétences pédagogiques et ou d'animation, la mise à disposition de moyens et ressources pour exercer la fonction de transférant et la perception des enjeux, objectifs de l'action et du processus mis en œuvre (Astier et al, 2006).

Une transmission de compétence réussie suppose une intention et une mobilisation du dirigeant, une identification des compétences à transmettre, d'un aménagement d'un cadre et d'un redimensionnement des dispositifs, d'un dispositif de direction ou d'orientation de l'action ou d'assistance et d'un système de reconnaissance du dispositif, de ses résultats et des acteurs mobilisés (Astier et al, 2006). Le schéma ci-dessous essaie de schématiser cela :

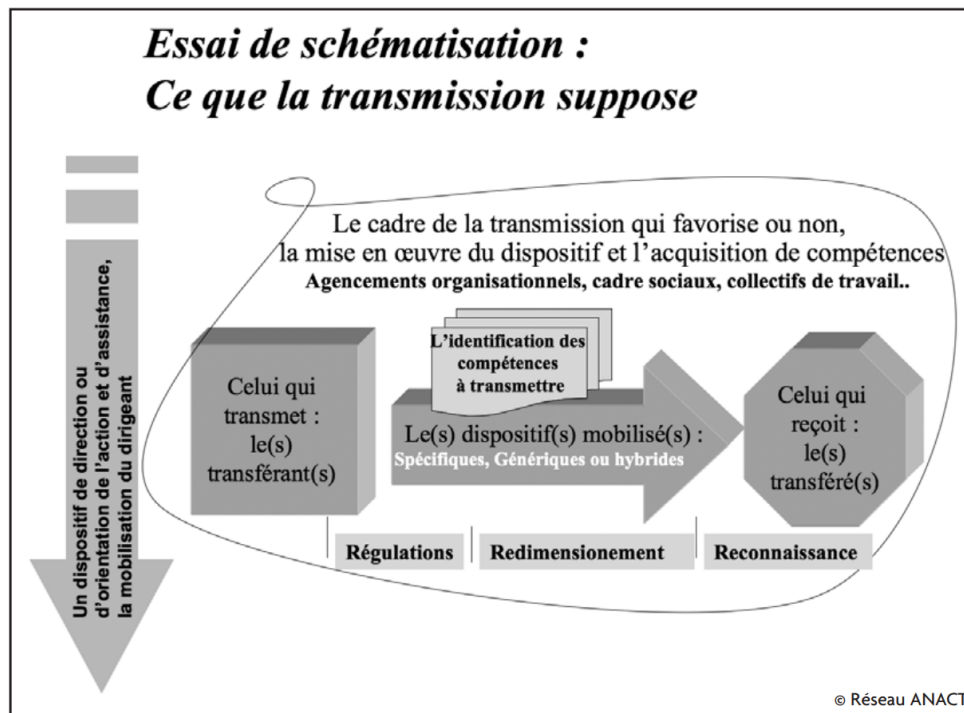


Schéma 2 : Essai de schématisation : Ce que la transmission suppose (Astier et al, 2006)

3.1.4 Les changements organisationnels

Selon Collerette et al. (1997), le changement organisationnel est un processus complexe impliquant des changements dans la structure, la culture et les processus organisationnels. Ces changements entraînent souvent des résistances et peuvent compliquer la mise en œuvre du processus. On peut ajouter à cette définition qu'il en existe plusieurs autres dans le cadre d'une approche processuelle ou d'une approche contenu (Azzarradi et Fikri , 2021). Un grand nombre d'auteurs ont tentés de proposer leur propre définition dans l'une ou l'autre approche. Nous pouvons par exemple prendre Nurcan et al. (2002) qui propose « Le changement organisationnel est un processus qui amène une organisation d'un état actuel vers un état futur » ou encore Guilhaon (1998) qui propose « Le changement organisationnel est un

processus de transformation radicale ou marginale touchant les structures et les compétences organisationnelles. »

Afin d'essayer d'avoir une définition plus synthétique de toutes les propositions trouvées par de nombreux auteurs, Azzarradi et Fikri (2021) ont proposés une définition globale et consensuelle qui est la suivante : « **Le changement organisationnel est l'implémentation d'une décision imposée ou volontaire, prise au sein de l'organisation pour modifier partiellement ou complètement un ou plusieurs aspects organisationnels, en réponse à une pression de l'environnement interne ou externe, d'une manière brutale ou incrémentale, continue ou épisodique, ayant des effets durables et perceptibles par les acteurs de l'organisation et suivant une séquence dynamique de phases correspondant au passage d'un état à un autre** ». Ils précisent tout de même que cette définition se base pour l'essentiel sur des références relativement anciennes et qu'elle peut donc être complétée en y intégrant des travaux plus récents.

3.1.5 Les facteurs clés de succès

Pour comprendre ce que l'on recherche dans ce mémoire, il est important de définir la notion de facteur clé de succès (FCS). De par sa définition, un facteur clé de succès est ce qu'une entreprise doit atteindre afin de remplir sa mission stratégique. Cela peut être au niveau de l'entreprise en entière comme au niveau d'un projet ou d'un programme dans l'entreprise.

Selon Verstraete, T. (1997), La notion de FCS naît du principe de retenir quelques facteurs majeurs permettant de fonder un avantage concurrentiel durable dans une entreprise. Il existe 4 sources de facteurs clés de succès (Rockart, 1979) :

- La structure de l'industrie particulière, chaque secteur possède un ensemble de facteurs critiques de succès qui sont déterminés par les caractéristiques du secteur lui-même.
- La stratégie concurrentielle, la position industrielle et la localisation géographique peuvent conduire à différents FCS.
- Les facteurs environnementaux. À mesure que le produit national brut et l'économie fluctuent, que les facteurs politiques et démographiques changent, les facteurs clés de succès des différentes institutions peuvent également changer.

- Les facteurs temporels. Les considérations au sein d'une organisation conduisent souvent à des facteurs de succès temporels critiques. Ce sont des domaines d'activité qui sont essentiels au succès d'une organisation dans le temps.

Afin d'identifier ces facteurs clés de succès, Vertsraete, T. (1997) distingue 2 démarches d'identification de ces FCS, une démarche d'essence analytique et une d'essence heuristique inspiré d'Alain Desreumaux (1993). La première suit l'approche rationnelle. Elle se concentre généralement sur l'analyse concurrentielle qui devrait être une condition préalable évidente à la formulation de la stratégie. La seconde fait davantage appel à l'intuition, à l'imagination et à l'expression de l'acteur pour identifier ce qu'il perçoit comme le FCS (Verstraete, 1996).

3.2 XPerthis Care

3.2.1 Description du logiciel

Après avoir brièvement introduit le DPI Xperthis Care lors de la partie contexte, une description plus en profondeur de cet outil qui est central dans ce mémoire est nécessaire pour avoir une bonne compréhension du sujet.

Originellement sous le nom de Bdoc, le logiciel Xperthis Care est un dossier patient informatisé provenant de la suite Xperthis de l'entreprise ZORGI. ZORGI est une entreprise belge fournissant des solutions informatiques dans le secteur de soin de santé. Ils soutiennent les hôpitaux et les cabinets privés dans leurs transitions vers le numériques en leurs proposant des solutions pour tous les jalons de la chaîne de soins hospitaliers (Zorgi |qui sommes-nous, 2023).

Plus précisément, XCare est un DPI orienté patient, ce qui signifie que toutes les tâches effectuées partent du patient concerné par ces dernières. Bien que le nom puisse penser le contraire, ce n'est pas le cas de tous les DPI, certains fonctionnent différemment. Cette particularité permet une prise en main du logiciel plus intuitive et plus rapide. Ce DPI a aussi la particularité d'être accessible à travers un simple navigateur internet ce qui permet d'y avoir accès via n'importe quel poste, sans configuration particulière.

Les DPI's comme XCare sont très complet car en plus d'être un système d'information qui gère les données de chaque patient du groupe, c'est aussi un outil utilisés par les infirmiers/ères, les médecins et les aides-soignants qui intègre et connecte toutes les applications liées aux instruments et machines médicales utilisés dans les unités de soins. Grâce à cela, les données enregistrées sur ces instruments et machines peuvent directement être ajoutées dans le dossier du patient dans XCare. C'est une des raison qui rend ces dossiers patients informatisés indispensables dans le milieu hospitalier. Vous trouverez ci-dessous un diagramme simplifié de ces connexions entre XCare et les applications les plus importantes.

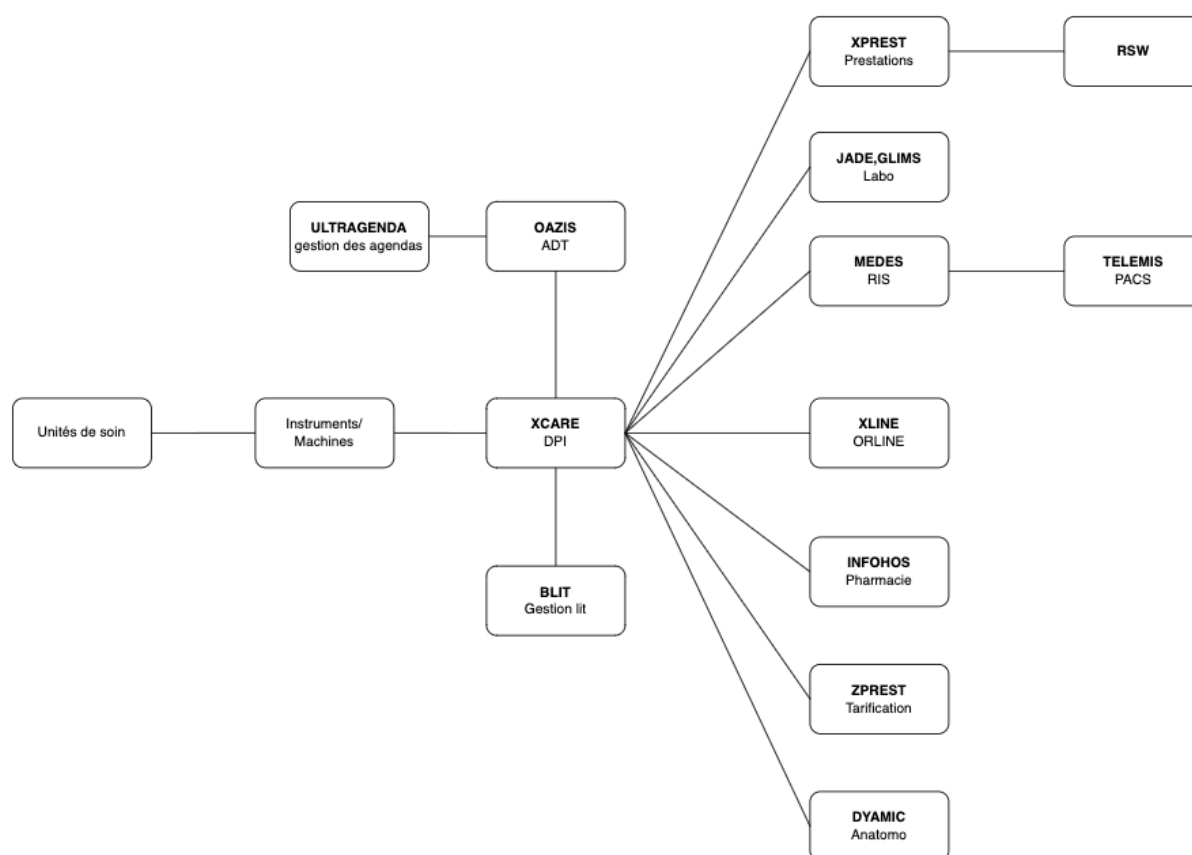


Schéma 3 : Diagramme de connexion entre XCare et les différentes applications

3.2.2. Fonctionnement du logiciel

Concrètement, comment fonctionne le logiciel ? Lorsque l'on ouvre XCare et qu'on se connecte sur son compte, on sélectionne le site sur lequel on se situe et on arrive directement sur le portail principal. Sur ce portail, les patients sont classés à l'aide de différents filtres (image 1). On peut retrouver les patients favoris, les derniers patients consultés, les patients par salle, par spécialités ou alors par l'agenda des médecins, aides-soignants ou infirmiers/ères.

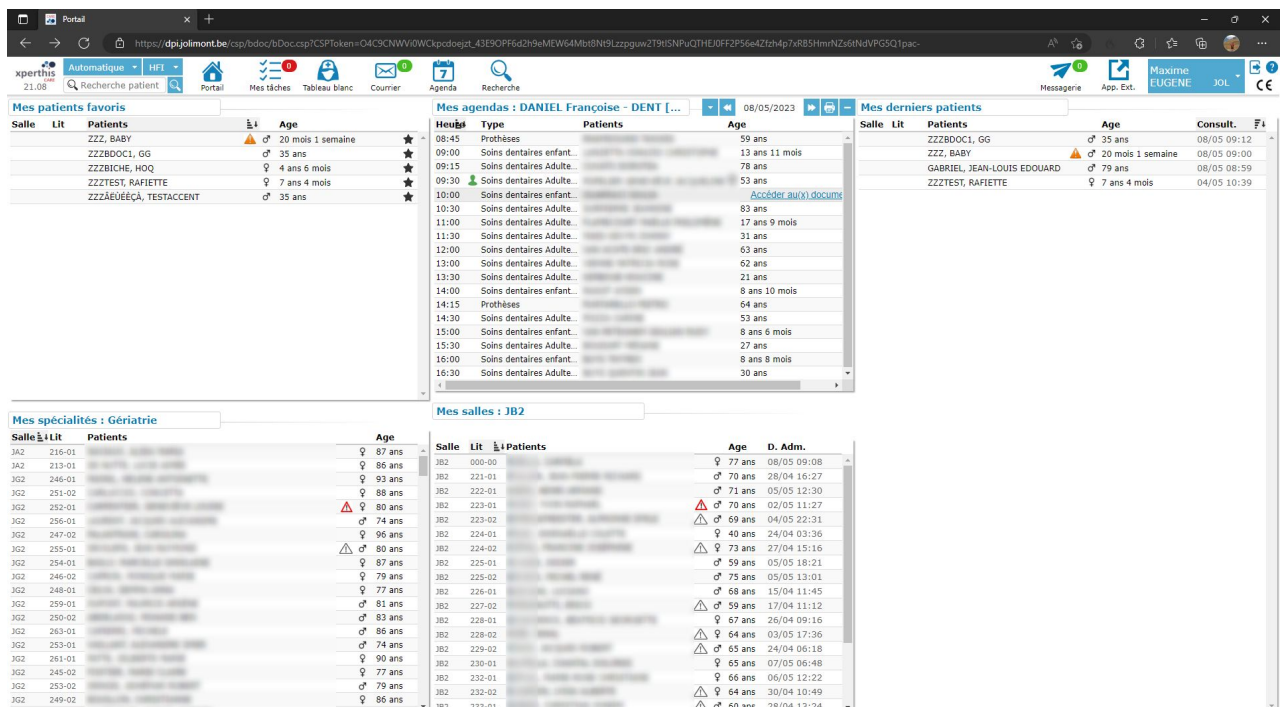


Image 1 : Portail principal du DPI XCare

Une fois le patient désiré sélectionné, on ouvre le dossier du patient qui se divise en plusieurs onglets. Ci-dessous (image 2), vous verrez la fiche santé qui rassemble toutes les informations de santé connue pour le patient. Dans le cadre de ce mémoire, toutes les informations que vous verrez proviennent d'un patient fictif appelé patient test.

Informations importantes

ICE Anémie drépanocytaire

Allergies - hypersensibilités - intolérances

Autres

- Pollens
- Boeuf
- Fraise
- Pommes de terre
- NP test
- NP test 2
- Banane

Intolérances (à retranscrire dans la carte allergies)

Problèmes

Actif

- cancer carcinomateux du côlon à localisation non spécifiée
- test 3
- test 4
- test 5
- Historique
- Historique
- Appendice colique
- Arthrodactylite de la hanche avec nécrose totale (côlon et tate femur)

Traitement à domicile

Actif Libellé Posologie Date de début Date fin

CASSIERS MICHEL

AUGMENTIN SACHET 500 MG/125 MG 1 sachet 3X/J 15/10/2017 21/10/2017

CMIO TBERTRAND

ROTATEQ SOL 2 ML 1 fla 1X/J 21/09/2020 21/09/2020

DANVOYE LESLIE

KEPPRA ENF/ADULT SER DOS 10 ML SIR 300 ML 100 MG/ML 1 ml 1X/J 02/10/2018 10:00

M magistrale test dfgsqsf dfgsqsf qsdqsf dfgsqsf...

Vaccination

tétanos Hépatite B

Statut Pathologie Dernière administration Prochaine administration

Aucune donnée encodée

Antécédents Familiaux

Autres

- atresie congenitale du duodenum Non précisé 19/04/2017
- atresie acquise d'une glande salivaire Non précisé

Image 2 : Exemple de fiche santé d'un patient test

Sans entrer trop dans les détails, sont présent aussi l'onglets documentation médicale qui affiche ce qu'a déjà effectué le patient au niveau médical, l'onglet prescription, l'onglet soins et dossier de soin, le courrier relatif à ce patient et enfin, un onglet application (image 3) qui permet d'accéder à toutes qui sont connectées à XCare comme expliqué dans la partie précédente.

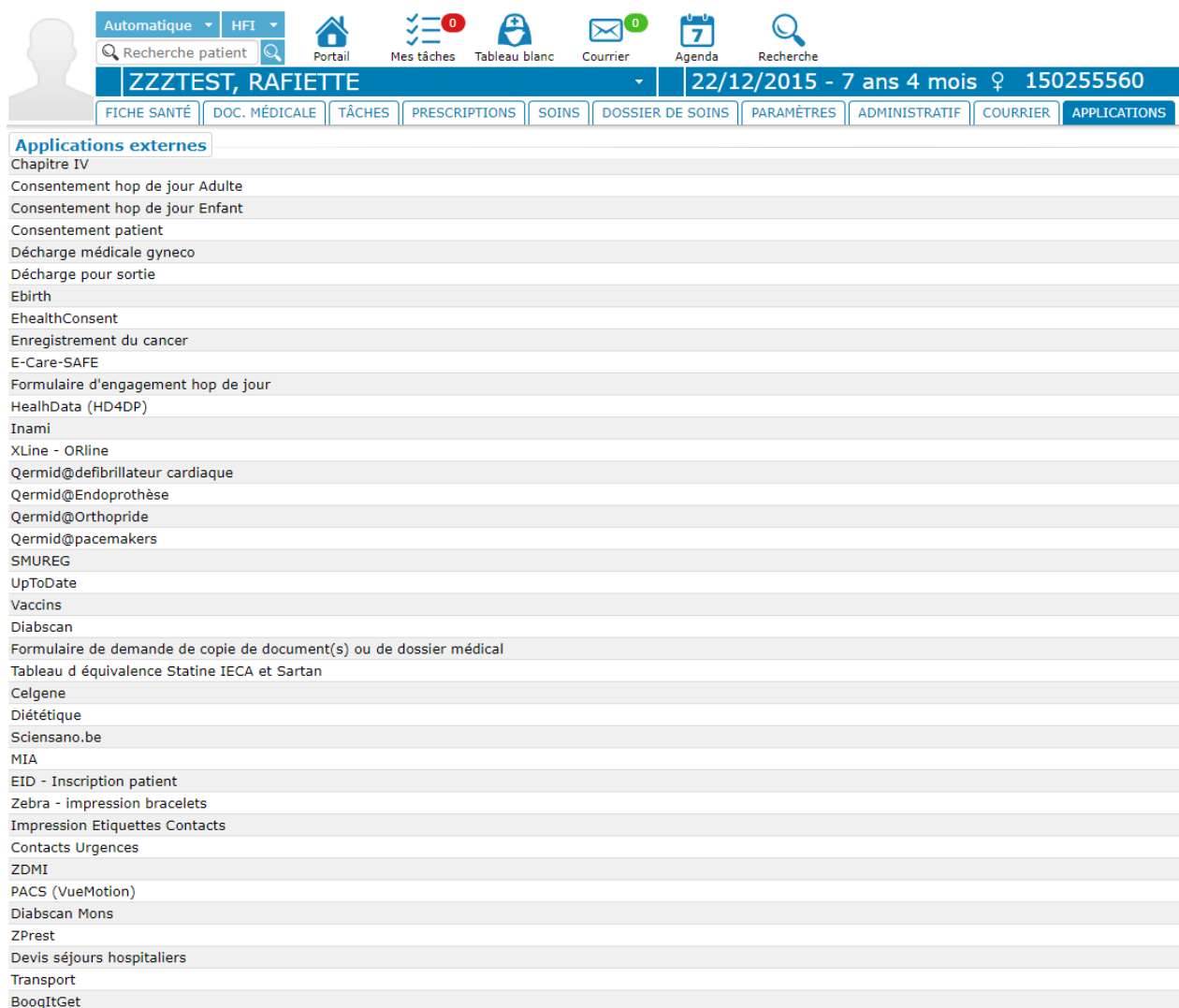


Image 3 : Application externes liées à XCare

XCare est un logiciel très complet et complexe, il n'est pas utile, dans ce mémoire, d'expliquer tout son fonctionnement mais cela vous permet de visualiser son agencement et ainsi avoir une idée plus précise de ce qu'est XCare.

4. Méthodologie

4.1 Introduction et objectif de l'étude

L'étude a tout d'abord été dirigée vers la digitalisation dans le milieu hospitalier poursuivie dans le cadre d'un stage universitaire. Lors de la préparation de ce stage effectué au sein du groupe Jolimont, la question de recherche a été affinée en fonction du projet qui a pu être suivi et accompagné durant ce stage. Le projet en tant que tel est, comme déjà énoncé dans

l'introduction, une migration du dossier patient informatisé dans deux nouveaux hopitaux du groupe Jolimont. Sur les 6 hopitaux du groupe, 4 utilisent déjà le DPI cible Xperthis Care et les deux plus récents utilisent encore une combinaison de 2 DPI plus anciens ZDMI et EPR H+. Cette migration est effectuée pour deux raisons principales que nous allons décrire ci-dessous.

La première raison est l'obsolescence des deux DPI actuellement utilisés en grande partie dans ces deux hôpitaux. En effet, ces outils informatiques utilisés ne sont plus supportés par le fournisseur et le développeur n'est plus en activité. Le code a été réadapté à de nombreuses reprises et est difficilement maintenable en place. Et dû au départ avancé d'un membre du personnel qui était le spécialiste de WinDev, l'ancien programme utilisé notamment pour ZDMI, un gros manque de personnel compétent pour gérer ce DPI s'est créé. D'autant plus que trouver des ressources externes avec ces anciennes connaissances technologiques (WinDev) est difficile car rare sur le marché.

La deuxième raison est un objectif d'uniformisation des 6 sites du groupe Jolimont. Cette uniformisation est un processus initié en 2020 visant à avoir un DPI commun pour tous les hôpitaux du groupe. Avoir tous les hôpitaux en harmonisation totale a évidemment de gros avantages pour le groupe comme une meilleure coordination de soins, une amélioration de la qualité de ces derniers, une économie de temps et d'argent et une meilleure communication entre les différents sites.

Ce mémoire sera dirigé grâce à une méthodologie qualitative dû à l'opportunité d'une présence en interne au sein du groupe lors du projet de migration. Ce type de méthodologie est composé de trois étapes (Jacquemin, 2017) : Le choix du terrain et la constitution de l'échantillon, la collecte des données et l'analyse des données.

4.2 Choix du terrain et constitution de l'échantillon

Jacquemin (2017) nous explique que cette étape répond à 2 questions; Quel terrain choisir ? Et quels interlocuteurs interviewer ?

Concernant le terrain à choisir, il a été question au début du projet d'opérer sur deux terrains différents. Le premier était le site des deux hopitaux qui auront effectué la migration afin d'assister au déploiement du DPI et afin d'avoir un retour des employés qui auront vécu ce

changement. Le deuxième était le département DPI dans lequel le stage a été effectué et qui s'occupait du DPI XCare sur les 4 sites qui l'utilisaient déjà depuis de nombreuses années ainsi que, parallèlement, de la migration des deux nouveaux. Le problème était que le déploiement du DPI dans les deux hôpitaux a pris plus de temps que prévu, et qu'il a donc été effectué après la fin du stage ce qui ne permettait pas d'assister au déploiement et d'avoir les retours des employés. La solution a été d'aller alors sur les 4 autres sites afin d'avoir un retour de la part des employés ayant vécu ce type de déploiement dans le passé tout en gardant le deuxième terrain qu'est le département DPI. Ce changement a eu pour conséquence de ne pas pouvoir assister au déploiement et que les retours récoltés étaient moins « frais ». La qualité de l'information récoltée est donc de moins bonne qualité qu'à l'origine sans avoir un impact trop élevé sur cette étude.

Concernant les interlocuteurs à interviewer, il a été décidé d'interviewer différents employés de différentes unités médicales de différents sites afin de respecter le principe de diversité et de saturation en recherche qualitative. L'échantillon des personnes interviewées est représenté dans le tableau ci-dessous :

Noms/prénoms	Fonctions	Hôpital	Date de l'interview
MRIMI Myriam	Infirmière en chef en chirurgie abdominale	Jolimont	26/04
Lecompte Valérie	Infirmière en chef du bloc opératoire	Nivelles	04/05
Docteur X (personne souhaitant rester anonyme)	Médecin	Jolimont	05/05
POLIART Nathalie	Infirmière en chef	Nivelles	08/05

Tableau 1 : Personnes interviewées

Le nombre de personnes interviewées n'est pas élevé dû à la difficulté de trouver des employés qui sont présents au sein du groupe Jolimont depuis la première migration mais leurs expériences personnelles et différentes sur cette migration permettent tout de même de récolter un nombre suffisant d'informations.

4.3 Collecte des données

Selon Jacquemin, il existe plusieurs techniques de collecte de données qualitative. La collecte d'entretiens individuels, la collecte d'entretiens collectifs et la collecte par observation.

Pour cette étude, il a été décidé de n'utiliser que la technique de l'entretien individuel et celle de la collecte par observation.

Les entretiens individuels sont de type semi-directif et ont été orienté vers la manière dont ils ont vécu le changement de DPI à l'époque ainsi que leurs avis personnels sur la question. Les personnes interviewées sont des infirmières ou médecins qui travaillaient dans un des 4 hôpital du groupe lors de la première migration de DPI. Les retranscriptions de ces interviews sont disponible en annexe (voir annexe 2).

La technique de collecte par observation a été effectuée lors du stage en interne. Ce sont des observations de type participante et directe, ce qui signifie qu'il y a une participation à l'activité de l'organisation ou des personnes concernées et que la collecte de données a été effectuée sans aucun appareil (Jacquemin, 2017). La participation aux réunions, l'accès aux informations internes et les interactions effectuées dans le cadre de la migration ont permis d'obtenir des données utiles et pertinentes pour cette étude.

Ces deux points de vue différents auront permis de savoir de quelle manière le processus de migration est effectué en interne en observant durant trois mois les différentes actions et méthodes utilisées au sein du département DPI et en ayant l'avis de ceux qui l'auront vécu il y a quelques années. Cette dualité de donnée permet d'avoir une base de données générale et suffisamment complète de cette migration de DPI.

4.4 Analyse des données

Cette étape finale d'analyse des données a plusieurs utilités. Elle sert tout d'abord à donner du sens aux données, de comparer les données entre elles, de donner une traçabilité aux résultats, de réduire et enfin de classer les données (Jacquemin, 2017).

Une méthode d'analyse très répandue pour les analyses qualitatives est la méthode d'analyse de contenu thématique. Elle convient lorsque nous utilisons les méthodes de récoltes de données telles que celles présentes dans cette étude. Plus précisément, l'analyse thématique

consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. » (Paillé & Mucchielli, 2012).

Le principe général de cette analyse consiste à déstructurer pour ensuite restructurer les données récoltées. Pour ce faire, nous pouvons diviser cette dernière en cinq phases. La première est celle où l'on rassemble les données telle que les entretiens, les notes, les documents internes. La deuxième consiste à procéder à une première lecture transversale afin d'obtenir une idée générale et d'en retirer les codes pertinents. Ensuite, découper chaque texte en unités d'analyse. Par après, rattacher chaque unité d'analyse à un code sachant que ces derniers évoluent tout au long de l'analyse. Et enfin analyser, restructurer et replacer chaque code dans le contexte de l'étude (Jacquemin, 2017).

L'analyse de ces entretiens pourra mettre en évidence les thèmes clés qui émergeront de ces derniers et permettra de mieux comprendre les expériences et les perceptions des participants lors d'une migration de DPI.

5. Résultats

5.1 Déroulement d'une migration de DPI

Tout au long d'un stage effectué dans le département DPI de l'hôpital de Jolimont, la migration de DPI des hôpitaux de Mons et Warquignies a pu être suivie en interne. Afin de mieux comprendre comment une migration fonctionne, le déroulement de cette dernière sera décrite à l'aide d'observations effectuées sur le terrain.

5.1.1 Plan de déploiement

Lorsque l'on effectue une migration complète d'un DPI dans un ou plusieurs hôpitaux, il faut tout d'abord effectuer un plan de déploiement car il est évident qu'il est impossible de déployer tout un hôpital en une fois. De par le fait que cela nécessiterait des effectifs beaucoup trop élevés et que l'hôpital serait immobilisé dans tous les services durant toute la migration ce qui n'est pas pensable.

Ce plan de déploiement se compose de plusieurs étapes de déploiement où l'on définit quelle unité déployer à quel moment et sur quel site (Mons ou Warquignies dans cette étude)(Tableau 1). Ce plan est indispensable afin d'organiser la migration de manière efficace et structurée mais aussi afin de poursuivre une stratégie cohérente. Pour le cas ici présent, la première unité à se déployer est celle des soins palliatifs car c'est l'unité la moins grande et qui posera sûrement le moins de problèmes durant le déploiement. Ce choix stratégique permettra à l'équipe de déploiement d'avoir un premier aperçu du déroulement d'un déploiement pour ensuite pouvoir s'occuper des unités moins faciles.

Etapes de déploiement	Site M	Site W	Unités concernées
Préliminaire	x	x	Toutes
Etape 0	x		Soins palliatifs
Etape 1.A		x	Revalidation (WB2/WC2)
Etape 1.B	x		Revalidation (MT5)
Etape 2.A	x	x	URGENCES sauf module « prescriptions à l'étage »
Etape 2.B	x	x	URGENCES vers module « prescriptions à l'étage » dans XCARE selon la migration des indices de lits
Etape 3.A	x		Indice chirurgical (MPDF2, salles de réveil, HDJ Ch)
Etape 3.B		x	Indice chirurgical (WB0, salles de réveil, HDJ Ch)
Etape 4		x	indice G (WC0, WC3, H De j G)
Etape 5	x		indice G (MPDF1, MT6, HDJ G)
Etape 6.A	x		MT3/MT4 et H de J med
Etape 6.B		x	WC1 et H de J med
Etape 7	x		Pédiatrie
Etape 8	x		Maternité
Etape 9	x	x	USI
Etape 10	x		Pédopsychiatrie les Haubans

Tableau 2 : Plan de déploiement commencé lors de l'observation 9.1.1

5.1.2 Les formations

Une fois le plan de déploiement effectué, il faut définir comment le déploiement sera effectué dans chaque unité. Pour cela, les formations en sont le pilier principal, ce sont ces formations qui apprennent aux nouveaux utilisateurs comment fonctionne le nouveau DPI.

L'organisation de ces formations nécessitent une détermination de besoin brute à prendre en considération pour le bon déroulement de ces dernières.

Tout d'abord, il faut avoir un environnement de test qui est la copie conforme de la production pour les formations. Ensuite, il faut trouver des salles de formation ainsi que du

matériel de support à la formation tel que des ordinateurs pour s'exercer sur le DPI. Par après, il faut définir les besoins de chaque unité. Chaque unité de soin à son utilisation du DPI car ils ne font pas tous la même chose et en ont pas le même besoin. Il faut alors définir quels sont les éléments à inclure dans les formations de chaque unité afin que chaque formation soit pertinente là où elle est effectuée. Enfin, il faut déterminer une séquence et un timing claire et précis des formations(annexe 9.1.1).

Dans le cas de la migration utilisée pour cette étude, une aide supplémentaire a été requise pour aider le département du DPI à effectuer ces formations. Cette aide, qui est fournie par une société spécialisée dans l'intégration de logiciels, permet aux responsables du déploiement d'avoir un point de vue différent au cours des formations ainsi que de renforcer les effectifs tout au long de la migration (annexe 9.1.2).

5.1.3 Plan de communication

Une étape importante lors de la migration est le plan de communication (annexe 9.1.6). Lorsqu'un changement est effectué, il y a souvent des réticences, de la résistance au changement, et pour rassurer ces personnes réticentes, il faut les informer un maximum de ce que va leur apporter cette migration. Le but d'un plan de communication est aussi d'informer les nouveaux utilisateurs en pratique comment cette migration va se dérouler. Que toutes les personnes de l'hôpital sachent qu'une migration va être effectuée et qu'elle devront être formées à tel moment.

Plusieurs outils de communication peuvent être utilisés afin de relayer ces informations, le choix de ces outils est important en fonction de l'utilisation qu'on va en faire et l'endroit où il va être utilisé. Pour le cas étudié, Les moyens de communication sont l'intranet pour s'informer et s'inscrire aux formations, des présentations générales introduisant la migration, des réunions de travail, des flashs infos au sein de XCare et des anciens DPI's pour donner des informations sur la migration et des podcasts visant à rassurer les nouveaux utilisateurs (Annexe 9.1.7).

5.1.4 Planning des migrations

La dernière étape consiste à effectuer un planning des migrations réaliste en prenant en compte les phases de préparation, de formations et d'accompagnement tout en gardant quelque périodes de buffer afin de palier à tout imprévu qui pourrait survenir . Dans notre cas, durant les trois mois précédant le déploiement, l'équipe DPI aura fait tout le travail de préparation avec les médecins référents. Ils auront essayé de faire un consensus de ce qu'ils vont faire pour la migration (Annexe 9.1.7)(Image 4). Ensuite, le déploiement s'effectue comme suit : La première semaine est dédiée aux formations. A la fin de cette semaine la migration est effectuée et un support de l'équipe DPI est effectué durant la semaine suivante afin d'accompagner le changement et résoudre tous les problèmes rencontrés. En comptant la phase de préparation, la migration des 2 hôpitaux aura pris une année entière, un travail long et fastidieux pour l'équipe DPI mais qui, au final, permet d'accomplir un but d'harmonisation de la gestion des données médicales du groupe Jolimont.

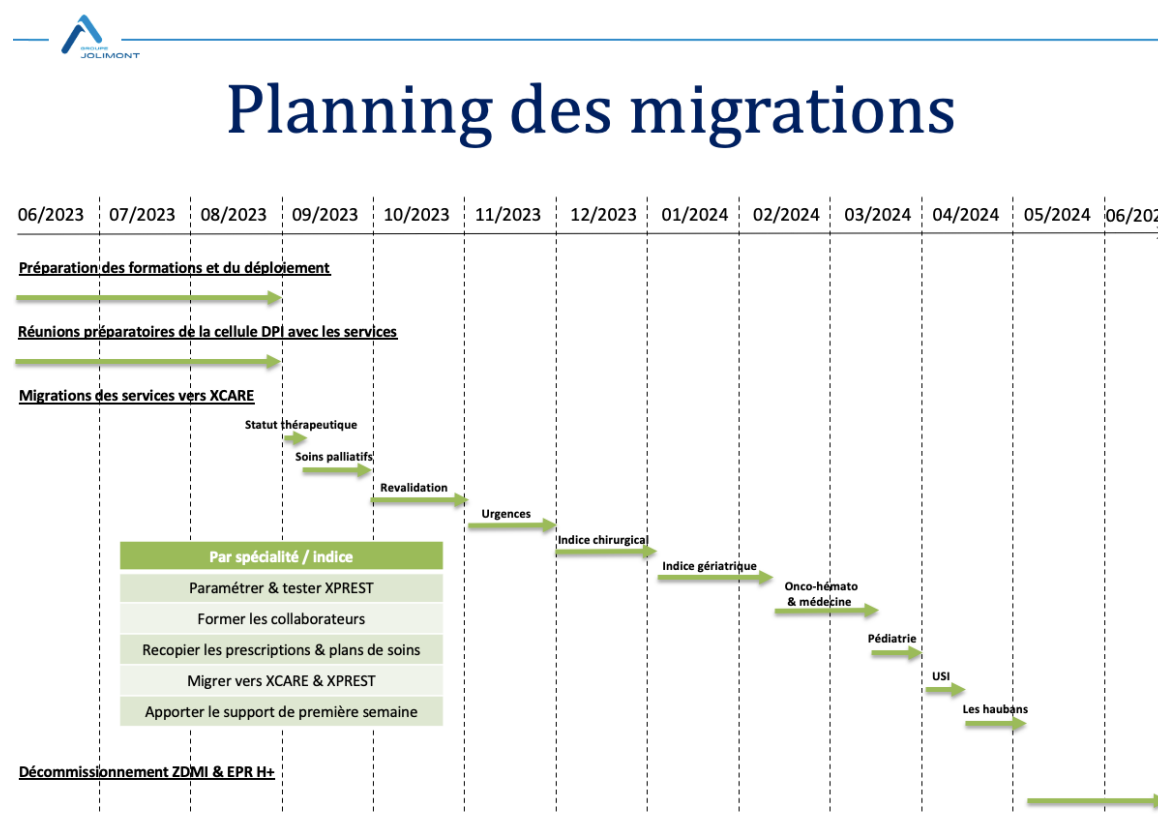


Image 4 : Planning des migrations effectué lors des réunions DPI (Annexe 9.1.7 et 9.1.8)

5.2 Facteurs clés de succès identifiés

Cette partie met en avant les facteurs clés de succès récupérés lors d'entretiens effectués avec des personnes ayant déjà vécu une migration de DPI. Chaque interviewé a vécu une

expérience différente lors de cette migration car travaillant tous dans une unité de soin différente au sein de leurs hôpitaux respectifs.

5.2.1 L'implication des nouveaux utilisateurs

Pour l'infirmière Mrimi, il est important « d'essayer d'impliquer les gens et surtout quand ils sont réticents[...] de les mettre en confiance » (Mrimi, 2023). Selon elle, cela peut être fait en leur donnant la possibilité de relayer certaines choses qui pourraient être modifiées dans le DPI. Que si quelque chose ne leur convient pas, qu'ils aient l'opportunité de proposer une modification dans le dossier, même si cette dernière n'est pas faisable. En parlant du DPI, elle a rajoutée que « *on l'utilise tous les jours, si on a pas la possibilité de donner notre avis sur tel ou tel difficulté alors on peut vite se dire qu'on est pas écouté* » (Mrimi, 2023). Selon L'infirmière Lecompte, la première chose à faire « *C'est vraiment de demander aux personnes qui l'utilisent, aux gens de terrains, quels seraient le programme rêvé* » (Lecompte, 2023). Qu'ils participent en amont de la migration en partageant ce qui leur conviendrait le mieux comme programme en fonction de leurs tâches quotidiennes. Elle souligne que « *[...] il y a moyen d'obtenir vraiment beaucoup de solutions en demandant simplement aux personnes qui l'utilisent.* » (Lecompte, 2023). Que les personnes du terrains sont les plus aptes à proposer les différentes manière dont pourrait fonctionner le programme. Lors de la première migration, cela n'a pas été le cas, « *on écoutait pas le terrain. Donc ils avaient au départ une idée, et puis par la suite on s'est rendus comptes qu'on était pas toujours dans le bon mais c'était trop tard.* » (Poliart, 2023)

5.2.2 L'adhésion au projet

La notion d'adhésion au projet a été évoquée lors de l'entretien avec le docteur X. Il pense « *[...] que il faut montrer à l'utilisateur très rapidement ce qui va lui faire gagner du temps. Ca c'est important pour l'adhésion au projet. [...] Parfois je pense qu'il vaut mieux éviter une certaine fonction complexe. Les traitements médicamenteux par exemple c'est quelque chose de complexe. Il vaut mieux commencer par quelque chose de simple qui font vite gagner du temps pour avoir l'adhésion du projet et puis progressivement complexifier* » (Docteur X, 2023). Il ajoute tout de même à cela qu'il ne faut pas complexifier trop sinon ils risquent de ne plus s'en sortir. Un juste milieu est à trouver dans la complexité du programme.

Dans le cas de la migration à Mons et Warquignies, Le docteur X propose une autre manière de les faire adhérer au projet. Pour lui la solution est de « [...]les attirer en leurs disant qu'ils auront les résultats de ce qui se fait à Jolimont très vite » (Docteur X, 2023). En effet, certaines différences entre les programmes utilisés par les deux hôpitaux et le DPI XCare utilisé dans les autres les handicapent dans certains domaine. En leurs montrant qu'ils pourront avoir les résultats qui se font à Jolimont rapidement cela pourrait augmenter l'adhésion au projet des nouveaux utilisateurs.

Docteur X évoque certaines améliorations qu'ils pourront apercevoir, « *Il y a pas mal de chose, d'examens qui se font à Jolimont, je pense au PEPScanner notamment. Donc il faut leurs faire comprendre qu'ils sont dans le système dès qu'ils auront le nom du patient et ils auront tout. Par rapport à ouvrir 3 systèmes différents. Idem pour l'imagerie, comme ils n'ont pas la même imagerie que nous ça veut dire que quand le pacs sera le même ça sera beaucoup plus rapide.* » (Docteur X, 2023). Le docteur relève aussi que pour eux, les docteurs des hôpitaux déjà sur XCare, cela faciliterait les choses car « *c'est aussi difficile quand t'as un scanner d'un patient à Mons, il faut commencer à ouvrir deux programmes pour regarder les fichiers* » (Docteur X, 2023). Pour les attirer, les convaincre de l'utilité de cette migration et les faire adhérer au projet, il faut insister sur les points positifs de cette migration.

5.2.3 Les formations

Les formations sont primordiales dans le processus de migration de DPI, elles peuvent donc être considérées comme des facteurs clés de succès. Pourtant, plusieurs avis diffèrent quant à la bonne utilisation de ces dernières.

Selon Mme Mrimi c'est le facteur clé de succès le plus important, « [...] il y a quand même un minimum de formation à amener. Maintenant il faut l'amener d'une façon qui permet aux gens d'être un peu intéressé[...] » (Mrimi, 2023). Pour elle , il faut les impliquer et c'est souvent difficile car les formations ont rarement du succès. « *Quand on parle de formation, ce n'est pas très vendeur chez des personnes qui sont bien ancrées dans une unité, dans le travail [...]. Après, il faut impliquer les gens et leurs leur laisser la porte ouverte, leurs donner l'impression qu'ils peuvent amener leurs problèmes, leurs difficultés et qu'une solution va être trouvée si c'est possible bien sûr.* » (Mrimi, 2023). Elle pense que la formation c'est le plus important et c'est ce qui permet de développer une migration de manière efficace.

D'autres, comme le Docteur X, pensent que « [...] l'essentiel c'est quand même l'auto-formation. C'est-à-dire qu'on a eu les grandes lignes mais bon, à un moment donné il faut s'investir parce que cela ne tombe pas du ciel. Donc oui à un moment donné il faut s'accrocher et il faut vouloir essayer d'optimiser l'outil. Ce qui est assez complexe » (Docteur X, 2023). Pour lui, bien qu'ils aient eu des formation, ce n'est pas ce qui est le plus important, l'effort personnel prime sur la formation. Cet avis peut être mis en contexte car Mr X est médecin et que son utilisation du DPI est différente de celle qu'en ont les infirmières. Cette utilisation différente du DPI peut justifier une potentielle facilité à l'auto-formation. Malheureusement, n'ayant interviewé qu'un seul médecin, cette théorie ne peut être confirmée.

La pratique est aussi préférée à la théorie, « même si l'on a des formations préparatoires avant, où on va vous présenter l'outil [...] Ça va donner une idée, mais jamais ça ne va être très utile, moi pour moi la meilleure façon de mettre en place les choses c'est de le faire en pratique. C'est au moment en fait que tu vas utiliser l'outil que tu vas te rendre compte de ce que c'est. » (Poliart, 2023). La formation théorique avant la migration n'est pas la plus efficace, selon Poliart, « il faut évidemment une base, mais il faut surtout mettre un focus sur l'utilisation et sur les semaines qui vont suivre la mise en place réelle de l'outil sur le terrain. » (Poliart, 2023).

5.2.4 L'accompagnement

Il est important de veiller à ce que tout se passe bien non seulement pendant la migration, mais aussi après celle-ci, afin d'assurer une transition réussie. Plusieurs moyens peuvent être mis en place. Quelque chose qui a été mis en place à l'époque et qui est toujours utilisé est un numéro de téléphone dédié aux difficultés rencontrées sur le DPI. « On avait un numéro dédié et dès qu'on avait une difficulté, on était pas transféré d'un poste à l'autre [...] Non, il y avait un numéro auquel on pouvait téléphoner et avoir des infos parce que au début c'est toujours un peu compliqué. » (Mrimi, 2023). Et cela a bien fonctionné depuis lors donc c'est assez efficace, « quand j'ai un problème ponctuel en général quand j'appelle on me répond. On a toujours trouvé une solution. » (Docteur X, 2023).

Dr X propose une approche personnalisée pour assurer le succès de la migration et de la période qui suit. Selon lui, il serait bénéfique d'avoir un accompagnement plus individuel, où

quelqu'un serait présent pour guider les professionnels de la santé dans l'utilisation du nouveau système. Il mentionne l'idée d'avoir « *quelqu'un à côté de soi certains moments pour dire, tiens il y a un petit clic là sur la droite qui va vous faire gagner du temps [...]* » (Docteur X, 2023).

Poliart quant à elle, exprime des préoccupations concernant la communication et la diffusion des informations après la migration. Selon son témoignage, les premières mises à jour étaient communiquées aux professionnels de la santé par le biais de notes ou de courriers électroniques expliquant les changements. Cependant, à mesure que le système se complexifiait et que de plus en plus d'hôpitaux et services s'y greffaient, cette méthode de communication est devenue inefficace. Elle mentionne que « *quand il y a des nouveautés où tout est mélangé là-dedans, toi t'arrives pas à trouver ce qui t'intéresse et puis c'est ingérable, franchement, ça te sert à rien.* » (Poliart, 2023)

Pour elle, la principale clé de succès « *[...]c'est vraiment l'accompagnement continu mais en faisant un lien. Cet accompagnement c'est quelqu'un qui connaît parfaitement le dossier dans ces moindres détails, qui sait comment ça fonctionne et qui va aller sur le terrain. C'est pas un accompagnement en mode « vous venez à la formation du refresh », rien à voir, c'est sur le terrain par service de manière spécifique pour qu'on utilise au mieux le travail qui a été fourni par l'analyse et par la mise en place de ce dossier. Sinon on utilisera le quart* » (Poliart, 2023)

5.3 Impact de la migration du DPI sur l'efficacité du personnel

Selon L'infirmière Mrimi, lorsqu'un déploiement de dpi est bien organisé, l'efficacité du personnel n'en est pas impactée négativement lors de la période de migration. Elle dit que ce n'était pas problématique car « *il y avait beaucoup de sessions de formations, donc de toute façon tout le monde devait y participer à un moment ou à un autre. [...]on était obligé de le faire de toute façon, et c'était des plages horaires qui permettait que chacun puisse y assister sans impacter le travail de l'unité.* » (Mrimi, 2023).

Le Dr. X partage une expérience positive quant à l'efficacité accrue après la migration du DPI. Selon lui, la migration a permis de gagner du temps, en offrant ainsi plus de possibilité pour se concentrer sur les aspects médicaux et augmenter l'activité. Il souligne également les avantages au niveau de la rédaction des courriers et de leurs transmission aux médecins

traitants. Il déclare : « *Moi j'ai plutôt trouvé que ça nous faisait gagner du temps. Donc comme ça nous fait gagner du temps, on avait plus la possibilité de s'occuper du médical, même aussi d'augmenter son activité.* » (Docteur X, 2023).

Cependant, Mme Lecompte souligne que malgré l'efficacité potentielle, la migration peut également présenter des défis en terme de temps et d'adaptation ? Elle mentionne la nécessité de s'habituer au nouveau système, ce qui demande plus de temps pour encoder les informations. Elle souligne également les difficultés rencontrées dans les services tels que la salle de réveil, où la programmation des soins en fonction de l'arrivée des patients peut être inappropriés. Selon elle, « [...] *cette philosophie n'est pas très compatible avec le travail en salle de réveil* » (Lecompte, 2023). Car certains actes, comme la prise de paramètres, doivent être effectués systématiquement sans nécessiter de programmation. Elle suggère la possibilité d'un système automatique qui permettrait de prendre les paramètres des patients dès leur arrivée en salle de réveil, éliminant ainsi la nécessité de discussion ou de programmation supplémentaire.

Ces témoignages mettent en évidence les nuances liées à l'efficacité du personnel lors d'une migration de DPI dans les hôpitaux. Alors que le Dr. X perçoit des gains de temps et une meilleure capacité à se concentrer sur les aspects médicaux, Lecompte souligne les défis spécifiques rencontrés dans certaines unités de soins, notamment en salle de réveil.

5.4 Défis rencontrés lors de la migration du DPI

En regard de la migration effectuée à Mons et Warquignies, plusieurs défis ont été rencontrés en amont du déploiement. Ici nous utiliserons les observations enregistrées lors du stage effectué dans le département DPI car ces défis sont rencontrés en interne et ne peuvent être perçus par les utilisateurs qui ont vécu la migration il y a plusieurs années auparavant.

Plusieurs défis ont été rencontrés. Tout d'abord, le départ imminent d'un expert en Windev et du consultant qui l'assistait crée un manque de personnel compétent dans l'utilisation des anciens programmes ZDMI et ZPREST (Annexe 9.1.5). Ce manque de compétences peut entraîner des blocages et des retards dans le processus de migration.

Ensuite, un autre défi fût les effectifs nécessaires à la migration. Pour que la migration se fasse assez rapidement afin que cela reste gérable pour l'équipe dpi, il faut avoir

suffisamment de personnel lors du déploiement. Dans le cas ci-présent, l'équipe dpi est composée de 8 personnes qui doivent en même temps effectuer les formations, supporter l'unité qui se déploie sur les sites de Mons et Warquignies tout en continuant leur rôle de base qui est d'assister par téléphone les autres sites du groupe Jolimont qui rencontrent des problèmes au sein d'Xcare. Afin d'augmenter les effectifs pour cette migration ils ont donc fait appel à une société spécialisée dans l'intégration de logicielle afin qu'ils les assistent pour le déploiement (Annexe 9.1.2).

En lien avec ce dernier, suivre et communiquer l'avancement de la migration à travers une timeline fût aussi un défi. Il est important de maintenir la timeline à jour et de s'assurer que toutes les parties concernées ont accès aux informations pertinentes au bon moment (Annexe 9.1.7). Il est aussi important d'avoir le planning du déploiement le plus optimal possible pour que la migration ne dure pas trop longtemps, tout en gardant tout de même des zones de buffer en cas de problème qui peuvent survenir.

En ce qui concerne la gestion du changement, plusieurs défis sont également apparus. Il est nécessaire d'expliquer clairement les raisons du changement aux employés et de les rassurer quant aux améliorations attendues avec le nouveau dpi Xcare. Les témoignages de personnes de confiance ayant déjà effectué une migration réussie peuvent aider à renforcer cette confiance (Annexe 9.1.5).

De plus, la communication efficace tout au long du processus de migration est essentielle. Un plan de communication détaillé doit être élaboré, en précisant les étapes, les outils et le calendrier des communications. Il est important de veiller à ce que toutes les parties concernées soit informées et bien préparées pour assurer une transition fluide (Annexe 9.1.5).

5.5 Stratégie pour réussir une migration de DPI

Une des étapes importantes pour réussir une migration de DPI est de d'abord consulter le terrain selon Poliard et Lecompte. C'est une des premières choses à faire pour faire en sorte que le DPI ait les fonctionnalités nécessaires à leurs besoin respectif. Il faut prendre l'avis des futurs utilisateurs afin de savoir « [...] *ce qu'ils voudraient pour que ce soit ergonomique, [...] pour que ce soit plus facile tout simplement et pour que ce soit utile dans leurs tâches*

quotidiennes. » (Lecompte, 2023). La clé selon Poliart c'est « de savoir exactement ce que les utilisateurs ont besoin à la base » (Poliart, 2023).

Lors de la migration effectuée à Jolimont, ils ont tout de même sollicité des gens de terrains lors des réunions préparatoire mais selon Lecompte, ce n'était pas suffisant. En évoquant une de ses connaissances qui y a participé, elle déclare : « [...] on a pris une infirmière d'étage. Pour les services spécifiques elle n'était pas d'une grande aide. Elle a toujours travaillé dans le même type de service donc là sur le coup pour les services spécifiques moi je pense qu'on aurait pu mieux faire. Et en l'occurrence c'est notre cas. » (Lecompte, 2023). Tout en précisant qu'il y a d'autres services où c'est le cas aussi et qu'il n'y pas que le bloc opératoire qui est concerné.

Ensuite, comme déjà évoqué dans la partie facteurs clé de succès, un accompagnement continu après la migration peut faire partie de la stratégie de réussite. Cela doit être un accompagnement qui est donné après les formations afin de prendre l'outil en main mais aussi un accompagnement quotidien qui assure l'intégration des nouveautés pertinentes pour chaque unités et services lors d'une nouvelle mise à jour.

6. Discussion

Cette partie sera divisée en 2 sections, les implications qu'on ces résultats sur le domaine de la santé et les migrations de dossiers patients informatisés et les limites de l'étude.

6.1 Implications

Les résultats de cette étude pourront fournir des informations aux professionnels de la santé et aux responsables des systèmes d'informations sur les meilleures pratiques de gestion à mettre en place lors de mise en commun d'un dossier patient informatisé. Ces facteurs clés de succès pourront servir de guide aux hôpitaux souhaitant effectuer un tel projet afin de planifier, exécuter et suivre une migration similaire.

Ces résultats peuvent être divisés en deux partie : La première porte sur le fonctionnement interne et la seconde sur les retours d'expériences d'une migration de dpi.

6.1.1 Le fonctionnement interne lors d'une migration

Une partie des résultats de cette étude permettent d'avoir un exemple tiré d'une situation réelle du fonctionnement d'une migration de dossier patient informatisé. Ces résultats proviennent d'un point de vue interne à cette migration, ce n'est pas un point de vue des utilisateurs mais bien des décideurs qui font en sorte que la migration soit effectuée de la meilleure manière possible. Ces résultats ont été obtenus grâce à des observations effectuées au sein du département dpi de l'hôpital Jolimont lors d'un stage universitaire.

Ces résultats permettent d'avoir connaissance de chaque étape nécessaire au bon déroulement de la migration, du plan de déploiement aux dernières formations prodiguées. Ils permettent aussi d'avoir connaissance des défis qui ont été rencontrés par le département dpi de l'hôpital de Jolimont. Connaître les complications qu'a eu un hôpital pour déployer un dpi dans un ou plusieurs autres hôpitaux peut être une source d'information importante. En prenant ces informations en compte, d'autres hôpitaux qui souhaitent effectuer un même projet pourront éviter de traverser les mêmes problèmes en organisant leur migration connaissant les défis qui pourraient survenir.

Après avoir observé ce fonctionnement interne, nous pouvons considérer deux facteurs clés de succès qui émanent de toutes les étapes nécessaires au bon déroulement d'une migration et qui n'ont pas été relevées lors des interviews. Le premier est une communication efficace, il faut assurer une communication claire, transparente et régulière tout au long du processus de migration, en informant et en impliquant activement toutes les parties prenantes, y compris le personnel médical, les professionnels de la santé et les patients. Ce facteur permet de créer une compréhension commune, de réduire les inquiétudes et de favoriser la collaboration entre les parties prenantes. Le deuxième est une planification rigoureuse, élaborer un plan détaillé qui identifie les étapes clés, les ressources nécessaires, les délais et les responsabilités de chaque acteur dans la migration. Ce facteur permet d'éviter les possibles retards et perturbations qui peuvent être rencontrés ?

Concernant la méthodologie utilisée pour l'obtention de ces résultats, il est question d'observations effectuées lors des réunions effectuées en présentiel et distanciel organisées pour la planification de la migration. Elles ont été effectuées durant une période de 3 mois et ont été interrompues à cause de la fin du stage ce qui signifie qu'elles peuvent être incomplètes dû à la raison que plusieurs autres réunions d'organisation ont eu lieu par après. Bien que les

observations effectuées soient exactes, certains sujets ont pu être discuté par après ajoutant des informations pouvant être importantes dans ce mémoire.

6.1.2 Les retours d'expériences

Les deuxièmes types de résultats sont les retours d'expériences. Basés sur la migration de dpi effectués au sein de l'hôpital de Jolimont et de Nivelles. Ces expériences ont été enregistrées lors d'entretiens individuels semi-directifs effectués avec des infirmières et un médecin qui étaient présent lors de la première migration de dossiers patients qui, à l'époque était du papier au digital.

C'est grâce à ces entretiens que les principaux facteurs clés de succès ont pu être identifiés. Car c'est bien aux utilisateurs finaux de définir si c'est un succès ou pas. Les décideurs et les responsables de la migration peuvent déterminer si c'est un succès en des termes financier ou de temps consacré pour la faire mais ce sont les personnes qui vivent la migration sur le terrain qui peuvent le mieux juger du succès de cette dernière. Pour rappel, les facteurs clés de succès identifiés sont :

- L'implication des nouveaux utilisateurs : Les impliquer dans la création du projet en leurs permettant de fournir les besoins qu'ils ont pour le nouveaux DPI.
- L'adhésion au projet : Les convaincre que le projet est bénéfique pour eux en leurs montrant les améliorations qu'ils auront avec le nouveau DPI.
- Les formations : Les formations sont primordiales mais il faut plus privilégier la pratique que la théorie pur et dure. En ajoutant l'hypothèse que pour les médecins l'auto-formation est l'essentiel mais cette hypothèse n'est pas vérifiée.
- L'accompagnement : Veiller à ce que tout ce passe bien durant et après la formation afin d'avoir une transition réussie. C'est aussi un accompagnement quotidien qui permet aux différents services de pouvoir tirer profit de chaque nouvelle mise à jour.

En mettant en œuvre ces facteurs clés de succès, les responsables de migration de dossier patient informatisés peuvent anticiper les défis potentiels, favoriser l'efficacité opérationnelle et améliorer la qualité de soin dans les hôpitaux.

6.2 Limites

Il existe plusieurs limites concernant cette étude. En effet, le projet de migration de DPI effectué au sein du groupe Jolimont a pris un retard conséquent par rapport aux dates annoncées ce qui a eu pour conséquence que le stage effectué dans le cadre de ce projet a pris fin avant même le commencement du déploiement. Ce retard a eu plusieurs conséquences :

6.2.1 Absence lors de la migration

Une des conséquences fût l'absence du stagiaire lors de la migration. Effectivement, le stage ayant fini avant le commencement du déploiement, ce dernier n'a eu accès qu'aux informations de préparation à la migration et non à la réelle migration. Les observations récoltées ont permis d'avoir connaissance de toute l'organisation effectuée en amont ainsi que des besoins en logistiques et en ressources qu'avait l'équipe dpi mais les résultats de la migration n'ont pas pu être observés. Cette conséquence limite fortement les résultats pouvant être obtenus dans la cadre de ce projet car la récolte de donnée n'est effectuée que dans la phase préparatoire et non dans la phase d'exécution, où les résultats peuvent être les plus pertinents.

6.2.2 Qualité des personnes interviewées

La deuxième conséquence est la qualité des personnes interviewées. En effet, le but initial dans cette étude était d'interviewer les personnes qui vivaient et venait de vivre la migration dans les hôpitaux de Mons et Warquignies afin d'obtenir des réactions à chaud. Ce retard a modifié le panel de personnes pouvant être interviewées et il a donc été décidé de les remplacer par des personnes ayant vécu la migration plusieurs années auparavant lorsqu'ils passaient du papier au digital.

Cette modification de personnes interviewées limitait la qualité des informations récoltées en raison de deux facteurs.

Le premier est que, bien que ce soit une migration de dossier patient, la migration est tout de même différente de celle effectuée dans les hôpitaux de Mons et Warquignies car dans cette dernière il était question de passer d'un dossier patient papier à un dossier patient digital alors que dans l'autre il était question de passer du format papier au format digital. Cette différence est conséquente dans l'aspect du changement vécu par les utilisateurs. Il est bien plus

compliqué de passer d'un dossier patient papier à un dossier patient numérique car toutes les habitudes sont modifiées. La pertinence des témoignages récoltés pour cette étude est à prendre en considération dû à cette différence.

Le deuxième facteur qui limite la qualité de l'information récoltée est la longue période qui sépare la date à laquelle ces personnes ont été interviewées et la migration qu'ils ont vécue. La migration du dossier patient papier au digital a été effectuée entre 2015 et 2016, plus de sept ans avant l'interview. Certains l'ont fait remarquer lors de leurs interviews mais ils leur a été compliqué de se remémorer tout ce qu'ils ont vécu lors de cette migration et tout ce qu'ils en pensaient à l'époque. Cet écart de temps limite la qualité des informations fournies par les interviewer, elle ne signifie pas que celles récoltées sont erronées mais qu'elles auraient pu être plus complètes.

6.2.3 La quantité de personnes interviewées

La dernière conséquence à ce retard est la quantité des personnes interviewées. Il fallait, pour cause des raisons détaillées dans la partie précédente, trouver des personnes ayant vécu la migration papier/digital il y a plus de sept ans. Des infirmières ou médecins travaillant dans le même hôpital depuis plus de sept ans n'étant pas chose courant, il ne fût pas simple d'en trouver un grand nombre. Avec l'aide de l'équipe du dpi, plusieurs personnes pouvant potentiellement être interviewées ont été identifiées mais la tâche ne fût pas aisée car il n'existe pas de base de données où ces informations peuvent être trouvées. Une des raisons supplémentaires pouvant expliquer ce faible nombre est le temps qu'il restait au stagiaire pour effectuer ces interviews. Il a été convenu seulement un mois avant la fin du stage que le déploiement s'effectuera plusieurs mois après et qu'il fallait donc trouver une alternative afin de pouvoir interviewer des personnes ayant une expérience de migration de dpi à partager.

Toutes ces raisons font en sorte que seulement 4 personnes ont pu être interviewées pour cette étude ce qui limite les informations qui ont pu être récoltées.

7. Conclusion & recommandations

7.1 Conclusion

Lors de ce mémoire projet, nous avons tenté *d'identifier les facteurs clés de succès pour la mise en place d'un dossier patient informatisé visant à harmoniser la gestion des données*

médicales dans un contexte hospitalier. Bien qu'un retard dans le projet ait impacté les résultats obtenus, certains facteurs clés ont pu être identifiés.

Nous avons identifiés six facteurs clés, dont 2 provenant des observations effectuées en interne lors d'un stage dans le département DPI et 4 provenant d'entretiens semi-directifs effectués avec des infirmières et un médecin ayant déjà vécu une migration de DPI à l'époque. Nous pouvons résumer ces facteurs clés sous forme de tableau :

Nr	Facteurs clés de succès	Méthode utilisée
1	Une communication efficace	Observations
2	Une planification rigoureuse	Observations
3	L'implication des nouveaux utilisateurs	Entretiens semi-directifs
4	L'adhésion au projet	Entretiens semi-directifs
5	Les formations	Entretiens semi-directifs
6	L'accompagnement	Entretiens semi-directifs

Selon les résultats obtenus lors de cette étude, la mise en place d'un DPI commun dépend d'une communication efficace, d'une planification rigoureuse, de l'implication des nouveaux utilisateurs, de l'adhésion au projet, des formations et de l'accompagnement. Ces facteurs pourront aider le groupe Jolimont ainsi que tout autre groupe hospitalier à obtenir une meilleure compréhension des éléments qui ont le plus d'impact sur le succès d'une implémentation. Cette compréhension plus accrue les aidera à planifier et à mettre en œuvre des stratégies plus efficaces s'ils sont amenés à effectuer ou à réitérer une telle migration de DPI.

Il faut tout de même prendre en compte dans ces résultats que les facteurs clés obtenus grâce aux entretiens semi-directifs peuvent être biaisés par le fait qu'ils sont issus d'une expérience de migration différente que le cas analysé pour cette étude. Par le fait que l'expérience qu'ils ont vécue portait sur un changement de format papier à format digital et qu'elle a été effectuée il y a plus de 7 ans ce qui rend difficile d'obtenir des informations complètes et précises sur comment cela s'est déroulé à l'époque. A ajouter à cela que les résultats en général aurait pu être plus complet si la migration des hôpitaux de Mons et Warquignies avaient été effectuée plus tôt ce qui aurait permis de vivre la migration en interne durant le stage.

7.2 Recommendations

Voici une série de recommandation portant sur chaque facteurs clés de succès.

Facteurs clés de succès	Recommandations
Une communication efficace	• Mettre en place des canaux de communication clairs et efficaces. Cela peut inclure des réunions régulières, des newsletters ou des plateformes en ligne pour partager les mises à jour et répondre aux questions • Encourager les échanges réguliers entre le personnel médical et les responsables de la migration du DPI pour partager les informations et les bonnes pratiques.
Une planification rigoureuse	• Élaborer un plan détaillé pour la migration du DPI, en identifiant les étapes clés, les ressources nécessaires et les délais. • Établir un comité de pilotage chargé de superviser la mise en œuvre du plan, d'évaluer les progrès et d'apporter les ajustements nécessaires.
L'implication des nouveaux utilisateurs	• Impliquer les nouveaux utilisateurs dans la conception du nouveau DPI en recueillant leurs besoins et leurs suggestions sur le terrain.
L'adhésion au projet	• Communiquer régulièrement les bénéfices attendus de la migration du DPI, en mettant en avant les

	améliorations potentielles en termes d'efficacité et de qualité des soins. • Impliquer les leaders d'opinion au sein de l'organisation pour promouvoir l'adhésion au projet et encourager leurs pairs à participer activement à la migration.
Les formations	• Élaborer des programmes de formation complets et adaptés aux différents profils d'utilisateurs du DPI. Les formations devraient être interactives, pratiques et fournir des exemples concrets pour faciliter l'apprentissage.
L'accompagnement	• Mettre en place un système d'accompagnement continu, tel que des sessions de support technique et des mentors pour aider les utilisateurs à surmonter les difficultés initiales et à développer leur confiance dans l'utilisation du nouveau DPI. • Mettre en place un rôle intermédiaire servant de lien entre le département DPI et le terrain afin d'assister les différentes unités et services lors des nouvelles mises à jour.

8. Bibliographie

- Barriere, V. (2022, août 5). Quelle est la définition de la digitalisation ? Le Consultant Digital. <https://le-consultant-digital.com/transformation-digitale/definition-digitalisation#:~:text=La%20d%C3%A9finition%20de%20la%20digitalisation%20est%20la%20conversion,chiffres%2C%20%E2%80%99objet%20est%20repr%C3%A9sent%C3%A9%20dans%20un%20format%20num%C3%A9rique>.
- Baujard, C. & Ben Hamouda, I. (2015). La gestion de projet à l'Hôpital : dossier patient informatisé et qualité de soins. *Recherches en Sciences de Gestion*, 109, 147-164. <https://doi.org/10.3917/resg.109.0147>
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997b). *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Puq.
- Communiqué de presse du centre de santé des Fagnes. (2021). centre de santé des Fagnes. Consulté le 14 mars 2023, à l'adresse https://csf.be/wp-content/uploads/2021/08/CP_DPI_web.pdf
- Desreumaux Alain. *Stratégie*. Paris : Dalloz, 1993, 447 p. ISBN 224701562X.
- Hochlaf, A. (2021). L'usage du dossier patient informatisé dans un hôpital public : une approche qualitative sur les affordances et les contraintes. *Journal de Gestion et d'économie de La Santé*, 6, 347-363.
- Jacquemin, A. (2017). Focus sur la méthodologie qualitative de recherche. Consulté le 6 avril 2023, sur Moodle:
- Lefebvre, Mathilde. *La digitalisation du secteur des soins de santé - La transformation*

digitale comme support à l'innovation radicale. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2020. Prom. : Hermans, Julie.
<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:26045>

Le management stratégique à l'épreuve des grands défis mondiaux (2021). Dans O. Azzarradi & K. Fikri (Éds.), *Le concept du changement organisationnel : état de l'art et proposition d'une définition consensuelle*.

https://www.researchgate.net/publication/352173291_Le_concept_du_changement_organisationnel_etat_de_l'art_et_proposition_d'une_definition_consensuelle

Observatoire prospectif du commerce. (2017). Guide de transfert des compétences en entreprise. L'Opcommerce. Consulté le 4 avril 2023, à l'adresse https://ws-entreprise.loppcommerce.com/flipbook/DocumentsIE_2017/GUIDE_TransfertCompétences_MANAGERS_2017.pdf

Orlikowski, W. J. (1992). The Duality of Technology : Rethinking the Concept of Technology in Organizations. *Organization Science*, 3(3), 398-427. <https://doi.org/10.1287/orsc.3.3.398>

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans : , P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>

Philippe Astier, Patrick Conjard, Bernard Devin, Paul Olry (Dir.). *Acquérir et transmettre des compétences : Une étude conduite auprès de 10 entreprises* . ANACT Editions, 2006, p. 34-36.

Présentation | Réseau d'institutions | Groupe Jolimont. (s. d.). Groupe Jolimont. Consulté le 10 mars 2023, à l'adresse <https://www.jolimont.be/groupe-jolimont/presentation>

Rockart John F. "Chief executives define their own data needs".
Harvard Business Review, 1979, n° 57, p. 81-94. ISSN 0017-8012.

Swanson, E. B., & Ramiller, N. C. (1997). The Organizing Vision in Information Systems

Innovation. Organization Science, 8(5), 458-474. <https://doi.org/10.1287/orsc.8.5.458>

Timsit, J. (2018). Chapitre 1. Qu'est-ce que l'art de la stratégie digitale ?. Dans : , J. Timsit, Stratégie digitale: Méthodes et techniques pour créer de la valeur (pp. 21-35). Vuibert.

Van Haeperen, B. (2017). Introduction : Regards croisés sur la digitalisation de l'économie. Reflets et perspectives de la vie économique, LVI, 5-8.
<https://doi.org/10.3917/rpve.563.0005>

Verstraete T (1996). La cartographie cognitive : Outil pour une démarche d'essence heuristique d'identification des facteurs clés de succès. Actes de la Ve conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, Lille, France, 13-15 mai 1996, 33 p.

Verstraete, T. (1997). Essai de conceptualisation de la notion de facteur clé de succès et de facteur stratégique de risque ? (ou faut-il toujours appeler les facteurs clés de succès : « facteurs clés de succès » ? Actes de la VIe conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, Montréal, 1-3 juin 1997, 33 p

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

ZORGI, Qui sommes-nous ? (2023, 7 mars). ZORGI. <https://www.zorgi.be/a-propos/>

9. Annexes

9.1 Observations

Observations réalisées lors des réunions relatives à la migration de DPI

9.1.1 Réunion DPI 14/02 16h

- Six participants : un Project Management Officer (PMO), un Chief Medical Informatics Officer (CMIO), un infirmier chef de service du CHR de Mons, d'un médecin du CHR de Mons et d'un responsable des applications et intégration du département IT.
- Détermination des différentes étapes de déploiement au sein des sites de Mons et Warquignies
- Détermination des besoins brutes à prendre en considération pour l'organisation des migrations
Ces besoins sont :
 - Paramétrer XCare là où nécessaire (pour les urgences)
 - Avoir un environnement de tests qui est la copie conforme de la production pour les formations
 - Avoir des salles de formation + matériel de support à la formation
 - Former sur les deltas entre WinDMI et XCARE
 - Former sur les fonctionnalités XCARE
 - Avoir une séquence et timing des formations claires et précises
 - Effectuer un plan de communication

9.1.2 Réunion alignement d'offre Jolimont/Asdaex 15/02 13h30

- Jolimont envisage d'utiliser l'aide d'Asdaex, une société spécialisée dans l'intégration de logicielle, afin de les assister durant le déploiement dans les deux hôpitaux.
- Ils se mettent d'accord sur l'aide dont Jolimont aura besoin lors des différentes étapes du déploiement et des tâches qu'Asdaex peut effectuer pour y subvenir. Cette aide sera sous forme de jour par homme fourni par Asdaex.

9.1.3 Réunion alignement d'offre Jolimont/Asdaex 24/02 12h

- Il est évoqué qu'Asdaex devra aussi prendre en charge XPrex dû à un problème de dernière minute sur les sites de Mons-Warquignies
- Légères modifications dans l'offre car suppression de jours/homme non-nécessaires

9.1.4 Réunion alignement final d'offre Jolimont/Asdaex 02/03 10h30

- Discussion sur l'offre finale fournie par Asdaex pour les formations nurses
- Budget trop élevé, tentative de le diminuer
- Offre maintenue confidentielle

9.1.5 Réunion DPI 21/03 15h

- Sept participants : un Project Management Officer (PMO), un Chief Medical Informatics Officer (CMIO), un infirmier chef de service du CHR de Mons, d'un médecin du CHR de Mons, d'un responsable des applications et intégration du département IT et de la responsable de l'équipe DPI
- On annonce que l'expert Windev part en pension et le consultant qui l'assistait part le 31 mars. Cela provoque un gros manque de personnes sachant utiliser Windev qui est l'ancien programme ZDMI et ZPREST qui sont dans le wind office. Ils sont donc bloqué à cause du manque de personnel compétent.

Ils abordent les différentes manières de gérer le changement :

- Expliquer pourquoi ce changement
- Montrer des témoignages de personnes de confiance l'ayant déjà fait, de personnes sur le terrain
- Expliquer que l'efficacité sera meilleure que dans H+, que XCare est en amélioration et évolutif
- Le plus important est de les rassurer
- Effectuer un plan de communication, qu'est-ce qu'on fait quand, comment on le fait et avec quels outils

9.1.6 Réunion DPI : Plan de communication 28/03 14h30

- Huit participants : un Project Management Officer (PMO), un Chief Medical Informatics Officer (CMIO), un infirmier chef de service du CHR de Mons, d'un médecin du CHR de Mons, d'un responsable des applications et intégration du département IT, la responsable de l'équipe DPI et un chargé de communication.
- On annonce qu'il y a déjà de la résistance dans les deux hôpitaux
- Proposition de chaque membre de la réunion d'outils de communications pouvant être utilisés.
- Ils décident lesquels ils vont utiliser et pour qui
- Création du plan d'accompagnement au changement

9.1.7 Réunion DPI : Plan de communication 04/04 15h

- Huit participants : un Project Management Officer (PMO), un Chief Medical Informatics Officer (CMIO), un infirmier chef de service du CHR de Mons, d'un médecin du CHR de Mons, d'un responsable des applications et intégration du département IT, la responsable de l'équipe DPI et un chargé de communication.
- Détermination des 3 parties où la communication doit être effectuée : Avant la migration, pendant la migration et après la migration.
- On passe en revue Tous les livrables et on discute si c'est bon
- On utilisera l'intranet comme outil pour informer et s'inscrire aux formations. Il est aussi question d'une timeline informant de l'avancée de la migration
- Dans la première partie avant la migration, ce sera sous forme de présentations dans les différents services introduisant la migration, que ce soit lors de conseils médicaux ou autres

- Faire des réunions de travail avant de commencer la migration mais après la préparation pré-migration
- Le déploiement va donc sûrement commencer en Septembre car il faut intégrer des réunions de travail entre ces deux dernières parties. Ces réunions de travail seront faites vers juin et aout.
- Création de flash infos au sein de XCare et des anciens DPI's pour donner des informations sur la migration
- Présence de podcasts de 2-3
- Dans ces podcasts, les personnes concernées seront interviewées et expliqueront leur expérience; Ils parlent de quelqu'un qui a de l'impact et est bien connu.
- Discussion de faire des webinaires pour les étages qui partent vraiment de 0 (urgentistes par exemple)
- Rappel que des webinaires sont déjà fait par le CMIO et qu'ils peuvent aussi être utilisés
- La responsable de l'équipe DPI fera tout le travail de préparation lors de juin juillet aout, avec les médecins référents. Ils essayent de faire un consensus de ce qu'ils vont faire en septembre pour la migration

9.1.8 Réunion DPI 11/04 15h

- Parcours des points d'analyses abordés dans les groupes de travail précédents, savoir qui fait quoi
- Liens utiles à garder dans XCare
- Les transferts intra sites entre Mons et Warquignies. Utilisation de Bookit, commande de l'ambulance
- 2 hyperliens dans XCare qui iront dans le tableau blanc à terme
- Gestion de lits, BLIT. BLIT n'avait pas été déployé vers MW parce qu'il y avait une régression. Il avait gardé du coup ZDMI. Ils comptent garder ce système là pour l'instant le temps qu'ils le déploient
- Il faut évaluer la charge de travail en infirmier.
- On repasse en vue le calendrier
- Discussion sur qui va faire les formations. ASDAEX, ne vas pas faire de formation a part quelques premier modules au début. Sur 3 cycles de formation côté nursing et infirmier. Discussion de réduire le temps de formation pour tenir dans les clous cad finir le déploiement en Juin 2024. Passer de 7 à 5 jours de formations quand on est sur une spécialité par site.
- Ils vont faire une réunion avec Asdaex pour voir ou ils vont mettre l'aide qu'ils vont apporter
- Révision du PPT de présentation qu'ils vont donner aux futurs formés

9.1.9 Réunion DPI 18/04 15h

- Parler du contexte national dans la présentation.
- C'est le plan E santé, plan relatif à l'informatisation des soins
- Discussions sur le contenus des différents slides de la présentation générale qui sera faite en pré-migration aux futurs formés
- Un module de formation sera composé de 10 personnes
- Description de tout ce qui est informations pratiques tels que les horaires, la nourriture présente, les infos papiers à donner sur place
- Le bon de commande Asdaex est passé, on va donc faire une réunion pour leur expliquer le projet, mettre en évidence ce que l'on souhaite vérifier a court terme avec eux.
- Budget fixé sur la nourriture, les podcasts et les balles anti-stress offertes en fin de formations mais non divulgué dans cette étude

9.1.10 Réunion DPI 25/04 15h

- Présentation du statut thérapeutique, c'est la première étape de la présentation
- Une vidéo sera créer pour ca
- Les ordres permanents à Mons ne sont pas possible dans XCare
- On revoit les fonctions ZDMI et EPRH+ à reprendre

9.2 Retranscriptions interviews

9.2.1 Mrimi Myriam ;

- Est-ce que vous acceptez cet entretien et consentez-vous à ce qu'il soit enregistré ?
- Oui oui, j'accepte
- Je vais tout d'abord me présenter, je m'appelle Maxime Eugène. Je suis en ingénieur de gestion à la LSM à Louvain –La-Neuve en Master 2. Pour mon mémoire, je fais un mémoire projet ce qui signifie que je j'effectue mon mémoire durant un stage. Donc en fait je fais un stage ici dans le département du DPI où je suis la migration dpi à Mons et a Warquignies. Le soucis est que ca a pris plus de temps que prévu donc au lieu de déployer ici en avril, cela sera plus vers septembre. Donc interviewer les gens qui seront formé là-bas risque plus compliqué que prévu donc je fais plus des interview à des gens qui l'ont vécu à l'époque. C'était il y a plus longtemps mais au moins cela reste une migration même si c'est de papier à digital au lieu de digital à digital. Cela reste tout de même une migration donc ça reste intéressant. Donc voilà, si vous pouvez vous présenter et dire votre rôle ici.
- Moi c'est Mrimi Myriam, je suis infirmière en chef du service chirurgie abdominale, et donc voilà.
- Vous êtes ici depuis combien de temps ?
- Je suis dans l'hôpital depuis presque 20 ans, en tant que chef depuis 2018. J'ai toujours travaillée dans les métiers de chirurgie abdominale.
- Ok ca va. Du coup la question de mon mémoire c'est quels sont les facteurs clés de succès pour la mise en place d'un dossier patient informatisé commun visant à harmoniser la gestion des données médicales dans un contexte hospitalier. J'aimerais discuter de ca avec vous, donc comment est-ce que vous l'avez vécue ? Comment cela c'est passée déjà ? Vu que déjà c'était de papier à digital.
- Euh, on a eu la possibilité de participer au choix du programme déjà, donc ça je trouve que c'était plutôt intéressant de demander l'avis des personnes qui ont participé au tout début du projet. Elles ont été sélectionnées après, il y a eu Laurence Mascart entre autre qui travaille au DPI. Par rapport au développement, donc nous c'est vrai qu'on est passé du papier au digital et c'était donc une plus-value je vais dire car au final il y avait pas mal de choses qu'on faisait et qu'on recopiait et qui prenait beaucoup de temps et qui finalement ont été facilité par l'informatique. Je pense par exemple aux traitements, toutes les semaines ont devait les recopier sur les dossiers papiers. Donc si on avait un patient qui restait x temps, x semaines, on devait parfois recopier, recopier et c'était très chronophage. Chose que maintenant on doit plus faire, on doit juste vérifier les traitements avec les médecins et c'est beaucoup plus facile en fait. Ce qui était compliqué c'était pour les plus anciens, c'était de s'adapter à l'informatique qui pose problème, pour les plus anciens. Après pour les plus jeunes c'était plus facile je vais dire .

- Ok. Est-ce que vous avez suivi des formations ?
- Il y des formations qui ont été faites, déjà on a tous été formée au début au début, forcément voilà, et puis après ce qui est intéressant aussi c'est que par rapport à la pratique du dossier, on relaye nos problèmes. On relaye vers le DPI, et le DPI soit ils nous disent c'est possible de modifier tel ou tel chose. Voilà, en fonction de notre pratique c'est vrai que c'est intéressant aussi de pouvoir corriger, modifier les choses pour que ce soit plus facile pour nous.
- Au niveau des formations, quand vous vous formiez, parce que du coup c'est impossible de faire tout le monde en même temps. Est-ce qu'il y avait des problèmes en terme de personnel en terme de réussir à continuer à faire ce que vous faisiez tout en faisant toute cette transition.
- C'était pas problématique parce il y avait beaucoup de sessions de formations, donc de toute façon tout le monde devait y participer à un moment ou à un autre. Ça posait pas de problème dans le sens où on était obligé de le faire de toute façon, et c'était des plages horaires qui permettait que chacun puisse, sans impacter le travail de l'unité.
- Quand vous êtes passé à ce DPI, vous commenciez à l'utiliser et tout. Ça a été en terme d'adaptation ? Vous faisiez sur papier puis sur un logiciel. Est-ce que ça a duré longtemps ?
- Voilà ça prend moins de temps, ce qui prend du temps c'est pour les personnes qui ont du mal avec l'informatique. Après quand on a été formé à l'outil,... Je pense que c'est au tout début il y a le temps d'adaptation bien sûr mais quand on a des facilités avec l'informatique ça va, c'est pas très complexe non plus. Maintenant, les personnes qui ont relayés les difficultés ce sont souvent les personnes qui ont du mal de manière générale avec l'informatique.
- Ok, et à part la rapidité et l'efficacité, c'était quoi les avantages, de passer du papier au digital on le voit plus facilement, mais qu'est-ce que vous pouvez dire comme avantages qu'il y a eu grâce à la migration.
- Donc il y a ça, il y a la facilité, il y a beaucoup moins de trucs à répéter, à réécrire, parce que écrire ça prend du temps. Et puis ce qui est bien aussi c'est qu'on a tout, et je pense que ça il y a d'autres hôpitaux qui n'ont pas cette facilité-là, c'est qu'on a tout le dossier du patient sur le même outil. Avant on avait un dossier médical, on avait un dossier infirmier donc si on avait besoin d'une information médicale on devait aller la chercher. Si elle ne concernait pas l'hospitalisation actuelle du patient on devait aller la rechercher dans un autre dossier donc avec l'historique du patient, tout ça sur papier donc ça prend du temps de sortir, de fouiller dans les papiers. Ici on a tout le dossier qui est là donc il suffit de cliquer une fois ou deux et on a quelque chose même qui s'est passé il y a 10 ans par exemple.
- Tout part du patient en fait, au lieu de partir de plusieurs endroits, on part directement du patient ?
- Voilà, on part du patient et on a tout à disposition et ça c'est vraiment très pratique et il y a des hôpitaux qui utilisent Xperthis et qui n'ont pas cette facilité là car ils ont deux dossiers informatisés différents, un dossier médical et un dossier infirmier donc ça revient à la même chose. Il faut qu'ils jonglent entre les deux dossiers. Ici c'est bien parce que on a tout à disposition, c'est beaucoup plus facile.
- En terme de communication, donc là on vient juste, dans le département DPI de faire deux semaines pour faire un plan de communication pour Mons et Warquignies. C'était plus ou moins la même chose à l'époque ? Est-ce que tout était bien connu ? Toutes les informations étaient bien données ? Est-ce que tout le monde savait ce qu'ils devaient faire et quand ils devaient le faire ?
- On savait que par rapport à la formation qu'on a eue, on savait comment gérer le minimum en tout cas dans le dossier. Et puis on savait qu'on avait un numéro de téléphone de référence. Je me rappelle que le jour où on avait déployé le truc on nous

avait dit que si il y avait un soucis on appelait tel numéros, c'était le numéro du DPI. Donc voilà, maintenant, il faut faire la formation en amont, ça bien sûr. Mais je pense qu'à Mons Warquignies, si ils sont déjà informatisé, il y aura déjà cette difficulté là en moins.

- Oui, après il y a quand même beaucoup de réticences,
- Oui, après il y a des réticences parce que il y a la crainte de modifier des choses. Il y avait des réticences aussi avant. On se demandait comment ça allait se passer, parce que on sait pas vers quoi on va. Et après une fois qu'on a utilisé le dpi, on s'est dit que tout ce qu'on faisait avant sur papier c'était quand même moins bien.
- C'est vrai que ça devait avoir plus de sens aussi, passer de papier à digital on se dit que c'est plus utile.
- Que la peut-être que c'est vrai qu'ils voient peut-être pas l'avantage de passer d'un dossier à un autre. Nous le fait de passer de l'écrit au digital 'est quand même beaucoup mieux.
- Parce que ici pour Mons et Warquignies, justement dans ce plan de communication il faut leurs expliquer explicitement ce qui est bien, les avantages pour eux vu qu'ils sont habitués à leurs petits programmes.
- C'est vrai que ça c'est peut être difficile, en tout cas l'approche est différente.
- Dans ce changement, qu'est-ce que vous conseillerez de changer pour faire mieux par rapport à ce que ça a été fait à l'époque, même si c'était pas de la même manière. Que ça aurait pu être mieux fait ça, est ce qu'on aurait dû faire ça différemment, est-ce qu'on aurait pas dû faire certaine choses...
- Ce qui est important c'est d'essayer d'impliquer des gens et surtout quand ils sont réticents. De les mettre en confiance, de leurs donner la possibilité, ici ce qui est bien c'est qu'on a la possibilité, si on a un truc qui nous convient pas en pratique, ça pourrait être modifier. D'en tout cas proposer, parfois c'est possible, parfois c'est pas possible mais dans le dossier, le dpi peut modifier des choses. On a cette possibilité-là de relayer des choses qu'on aimerait qui soit modifier, maintenant c'est pas toujours faisable mais voilà. Le fait d'avoir cette possibilité-là, ça permet à tout le monde de travailler la dessus et de se sentir impliqué dans le développement du dossier informatisé.
- Le fait que vous soyez écouté, que l'on peut changer le dossier pour vous c'est important ?
- Voilà, je pense que ça c'est important. Parce que c'est vrai que parfois à l'informatique ils utilisent pas le truc quotidiennement donc voilà. Nous on le fait, on l'utilise tous les jours, si on a pas la possibilité de donner notre avis sur tel ou tel difficulté alors on peut vite se dire qu'on est pas écouté.
- Là je vais limite vous demander de faire mon job, je vous ai dit précédemment que ma question de recherche concernait les facteurs clés de succès. Si je vous demande quels sont les facteurs clés de succès pour une bonne migration de DPI dans un hôpital, qu'est-ce qui vous vient à l'idée à ce propos ?
- Il y a la formation, je pense que, que des gens soient d'accord ou pas il y a quand même un minimum de formation à amener. Maintenant il faut l'amener d'une façon qui permet aux gens d'être un peu intéressé, c'est ça qui est le plus compliqué je crois. D'impliquer des gens c'est toujours un peu difficile, que ce soit pour ça ou pour autre chose, les formations c'est a jamais beaucoup de succès. Quand on parle de formation, c'est pas très vendeur chez des personnes qui sont bien ancrés dans une unité, dans le travail etc.... Je pense que la formation c'est le plus important. Après impliquer les gens et leurs leur laisser la porte ouverte, leurs donner l'impression qu'ils peuvent amener leurs problèmes, leurs difficultés et qu'un solution va être trouvée si c'est possible bien sûr. Je pense que ça c'est ce qui permet de développer la migration de manière efficace . Après en pratique, donner la possibilité d'avoir un numéro dédié

aux difficultés rencontrées au début en tout cas, nous c'est ce qu'on avait eu. ON avait un numéro dédié et dès qu'on avait une difficulté, on était pas transféré d'un poste à l'autre parce que c'était la bonne personne et tout. Non, il y avait un numéro dédié et on pouvait téléphoner et avoir des infos parce que au début c'est toujours un peu compliqué. Maintenant encore une fois eux ils sont déjà informatisé donc normalement il y aura moins de soucis.

- Et en terme de technologie plus ou moins, XCare c'est quand même un énorme logiciel, en truc assez complexe, est ce que au sein de ce logiciel, est ce qu'il y a des facteurs clés de succès au sein de ce logiciel qu'on pourrait définir ou pas vraiment, évidemment chaque logiciel est différent mais voilà.
- Nous franchement c'est au fur et à mesure de l'utilisation, au fur et à mesure que le dpi développe certaines choses aussi car le dossier du début n'est plus du tout le dossier de maintenant, il y a beaucoup de choses qui se sont développées. Maintenant nous ce qu'on nous demande de faire c'est vraiment d'avoir le maximum de soin dans le dossier du patient par rapport au côté infirmier. Donc c'est ce qu'on essaye de faire, maintenant on demande parfois plus de plus en plus de soins à indiquer dans le dossier donc ça, soit on peut le faire soit on peut pas le faire. Mais je crois que au niveau Xperthis c'est quand même un bon logiciel parce qu'on peut modifier des choses, on peut en ajouter, on peut faire un peu ce qu'on veut avec le dossier. Il y a des limites bien sûr mais je veux dire que on est pas très très limité. Il y a des logiciels qui ne permettent pas de modifier autant le dossier du patient.
- C'est le lien aussi entre zorgi et les utilisateurs, ce n'est pas que dans un sens c'est dans les deux sens.
- Oui, ça va dans les deux sens
- Je crois qu'on est bon, je vous remercie pour votre temps, je ne sais pas si vous avez quelque chose à rajouter sur ce sujet-là ?
- Non ca-va
- Un grand merci
- Derien avec plaisir

9.2.2 Lecompte Valérie

- Est-ce que vous m'autorisez à vous enregistrer ?
- Oui bien sûr
- Je vais d'abord me présenter, je m'appelle Maxime Eugène, ingénieur de gestion à la LSM en master 2. Dans le cas d'un mémoire projet, un mémoire projet c'est un mémoire que l'on fait au cours d'un stage, dans ce mémoire j'accompagne le déploiement de dpi au sein de l'hôpital Mons et Warquignies. C'est un truc qui se fait dans le département dpi dans lequel je fais mon stage et le déploiement de base était censé être fait ces deux derniers mois mais ca a été retardé jusque septembre du coup je ne peux pas interviewer des personnes qui se font former maintenant donc j'essaye de trouver des personnes qui ont vécu ce genre de migrations mais de manière différente vu qu'avant c'était du papier au digital ce qui n'est pas exactement la même chose qu'ici.
- Eux c'est du digital à digital c'est ça ?
- Oui eux c'est du digital à digital mais ça reste un migration et ca reste une bonne expérience à prendre donc voilà, c'est pour ca que je suis venu vous trouver. Donc est-ce que vous pouvez vous présenter, dire ce que vous faites ici au sein de l'hôpital et votre passé, votre expérience.
- Alors, Valérie Lecompte, je suis ici l'infirmière chef du quartier opératoire du site de Nivelles depuis maintenant 13 ans. Avant ca, je suis sorti de l'école en 1993, j'ai

travaillée 10 ans aux soins intensifs de Jolimont en 2003 j'ai été infirmière au bloc de Jolimont jusqu'en 2010 date à laquelle je suis arrivée ici. J'ai toujours connu des dossiers papiers jusqu'à cette fameuse migration.

- C'était quand cette migration ?
- La date exacte je ne saurai pas dire mais il faut savoir que la migration de dpi a d'abord été faite sur le site de Jolimont si je ne dis pas de bêtises. Et donc ils ont déployés d'abord les étages si je ne me trompe. 2015- 2016, une date exacte je ne saurai pas te donner.
- Ok pas de soucis, du coup ma question de recherche est la suivante : Quels sont les facteurs clés de succès pour la mise en place d'un dossier patient informatisé commun visant à harmoniser la gestion de données médicales dans un contexte hospitalier. Donc ça c'est ma question de recherche, et j'aimerais bien savoir un peu votre expérience là-dessus, de ce que vous rappelez car cela va faire 7-8 ans. Comment cela s'est passé pour vous en tant que tel, quand vous êtes passée de papier à digital. En terme de formations, est ce que vous avez suivi des formations, comment ça c'est passé, de ce que vous vous rappelez.
- Alors ce qui s'est passé c'est que, il faut déjà savoir que au sein du quartier opératoire l'endroit où on a d'abord utilisé le dossier patient informatisé c'était en salle de réveil. Puisque dans une salle d'op il n'y a pas besoin de prescriptions. La première chose qu'on a déployé c'est ça en fait. C'est la complétion du dossier infirmier et les prescriptions informatisées donc faites par les anesthésistes pour la salle de réveil. Et donc, nous avons eu, moi en tant que cadre, en tant que chef d'unité j'ai eu une formation. La première chose qui a été faite, on avait un logiciel informatique où on pouvait voir les patients qui avaient été dans notre unité, par ce logiciel on faisait les transferts d'unités à unités pour gérer les épisodes de soins. Ça on devait le faire à ce moment-là dans Oasis si je ne me trompe pas. Et puis après on est passé donc à Xperthis care qui ne s'appelait pas comme ça à l'époque.
- Oui Bdoc que ça s'appelait
- Oui c'était Bdoc, et donc, à ce moment-là, c'était par bdoc qu'on faisait les vignettes, que on pouvait avoir ce qu'on appelle le tableau blanc je suppose que vous en avez déjà entendu parlé ?
- Oui oui Je vois ce que c'est.
- On faisait les transferts de patient entre la salle d'op et la salle de réveil et puis l'étage. Ça c'était la première phase, là on a eu une formation en salle de formation avec des pc ect pour s'exercer. Quand il a fallu vraiment migrer vers le dossier informatisé et là où on devait prendre les paramètres de la salle de réveil, indiquer effectivement tout ce qu'on faisait comme soins. On a été accompagnés par des personnes du dpi sur site. Donc pendant une semaine 15 jours, une personne était venue. Pour tout ce qui était prescription ect, soins ect, donc on a eu pendant 2 semaines quelqu'un sur site. Une des référentes du dpi en l'occurrence c'était Laurence Mascart. Mais ça demandait des changements d'attitudes aussi de la part des infirmières en salle. Parce que en fait pour que un soin puisse être fait en salle de réveil il fallait l'anticiper puisqu'il y a toujours cette histoire de programmation de soin. Donc par exemple si une infirmière mettait une voie périphérique en salle d'op, et bien c'était elle qui devait indiquer que c'était elle qui avait mis la voie périphérique et ça générerait du coup une surveillance de la voie périphérique, la réflexion des pansements ect. Donc, ça nous a demandé en plus de former les infirmières de salle de réveil on a quand même du former tout le monde. Parallèlement à ça il y a eu la prescription des médicaments et des traitements par les médecins. Ça, ça a été évidemment un peu plus compliqué.
- Oui actuellement c'est aussi ce qui est compliqué avec Mons et Warquignies donc je m'en doute. Donc durant cette période, en terme de d'efficacité du personnel est ce que vous avez réussi à suivre ? J'imagine que le changement devait pas être toujours

évident à suivre, est ce que ça a été terme d'efficacité dans tout ce qui était travail, tout ce que vous faisiez, est ce que vous aviez réussi à garder l'efficacité que vous aviez avant pendant cette période de transition.

- C'était compliqué. L'efficacité oui mais c'était compliqué. D'abord il faut s'habituer, ça demandait beaucoup plus de temps d'encoder justement tout ça. Je dois dire que en salle de réveil, je suppose que dans d'autres services, je pense notamment en salle d'urgence ça a dû être compliqué parce qu'en fait programmer des soins au moment où le patient arrive et au moment où on doit les faire, cette philosophie n'est pas très compatible avec le travail en salle de réveil. Parce que en salle de réveil, c'est un peu stupide de programmer la prise de paramètre puisque de toute façon on est obligé de le faire. Donc là, je pense qu'il aurait peut-être fallu trouver un système, je ne sais pas si c'était faisable hein, je ne suis pas informaticienne, pour que ce soit automatique. D'office un patient qui vient en salle de réveil, d'office on viendra prendre ses paramètres. Voilà, il y a pas matière à discussion.
- Maintenant c'est toujours pas le cas ?
- Non non, il faut toujours programmer. Maintenant il y a un système de favoris, ils appellent ça des kits ou on appuie sur, par exemple, nous en l'occurrence salle de réveil Nivelles et hop on a tout les soins qui arrivent mais à chaque fois il faut les valider, dire qu'on va faire la surveillance pendant autant de temps, et puis une fois que la programmation est faite, seulement aller dans le soin pour pouvoir le valider quoi.
- Du coup, ces deux dernières semaines, on a fait un plan de communication pour Mons Warquignies, en terme de communication, c'était surtout pour que les gens acceptent le changement, soient informés, ect. Est-ce que vous avez eu ça aussi vous à l'époque? Est-ce que vous saviez de quoi il était question et comment ça allait se passer ?
- On savait qu'on allait passer à un dpi, on a eu des échos que c'était compliqué et que ça allait être un peu difficile. Mais on a pas vraiment eu un plan de communication ultra élaboré. Pas à mon souvenir en tout cas. Est-ce que ça a été mal vécu, comme tout changements, changer les habitudes oui c'est difficile. Le truc le plus compliqué je trouve c'est que ça n'était pas intuitif du tout et ça ne l'est toujours pas d'ailleurs. Même encore maintenant au bout de 8 ans ça n'est pas intuitif, ni dans la dénomination des soins et il y a eu vraiment un grand grand travail de la part de deux infirmières fixes au réveil qui ne font que ça. Un grand grand travail de leur part pour déceler les complications, remonter vers l'équipe dpi, le help desk, trouver des solutions. Mais comme on fonctionne avec un système de ticket, on remonte un problème, il faut parfois 3 mois avant d'avoir la solution, et puis on se rend compte que ça pose problème par rapport au dirhm et voilà, c'est pas simple.
- Je vois très bien, parce que moi je suis justement dans les bureaux avec Laurence et tout qui prennent tous les appels et ils doivent à chaque fois soumettre un ticket et oui c'est pas simple.
- Si je peux me permettre, il n'y a pas eu, en tout cas pour les services spécifiques comme les nôtres, parce que c'est vrai, vous prenez les soins intensifs, d'ailleurs ils ne sont même pas dans le dpi les soins intensifs, vous prenez les soins intensifs, les soins d'urgences, le bloc et sûrement d'autres services que je ne connais pas bien. Mais on aurait du revenir beaucoup plus vers les gens de terrains et leur demander, tiens, qu'est-ce que vous attendez, qu'est ce qui est le plus facile pour vous. Non, on nous a imposé une manière de faire qui n'est pas du tout ergonomique, qui n'est pas intuitif, voilà.
- Oui, c'est aussi un truc qu'on essaye de faire, mais pour Mons et Warquignies c'est vraiment ça qu'on a mis dans le plan de communication, c'est dire on vous impose pas vraiment un truc, on vous donne un truc qui peut être modeler au fur et à mesure du

temps en fonction de vos besoin. Donc là ce que vous dites c'est que là c'était un truc qu'on avait donné et que ça pouvait pas vraiment en fonction de vos besoin quoi.

- Si ça peut changer
- Mais pas si facilement que ça ?
- Non
- C'est pas comme on le crie sur tout les toits quoi ?
- Non,
- Ok, et en termes de points positifs j'imagine que on en a de passer au digital, que c'est quand même plus efficace et tout mais est-ce que vous avez des points positifs à relever qui seraient un peu moins évident que juste pas devoir utiliser du papier.
- Franchement quand j'étais infirmière au bloc et aussi quand j'étais dans mes soins en réa je trouvais ça un peu dommage de devoir, quand on avait un patient se dire que tiens quand est ce qu'on a mis son cathé, de quand date sa sonde urinaire ect, et c'est vrai que quand on travaille dans des secteurs comme le bloc ou la réa où les gens arrivent alors qu'ils ont déjà, à l'époque les dossiers ne suivaient pas toujours, les gros dossiers. Et même si les dossiers papiers suivent, c'était hyper fastidieux de commencer à tout rechercher. Donc ça le point positif c'est que maintenant en 3 clics, on sait de quand date le cathéter, de quand date la sonde. C'est vrai que on a, grâce au dpi une vision plus claire et beaucoup plus rapide de toutes les différents composants du dossier, les protocoles opératoires, les prescriptions, la traçabilité, après on a évoluer évidemment, maintenant on a vraiment beaucoup évoluer même au niveau de la salle d'op, on a la traçabilité du matériel, des boites utilisées. Parce que maintenant on a, parallèlement à ça développé aussi un programme informatisé pour le quartier opératoire à proprement parlé.
- Qui est implémenté dans Xcare ?
- Qui sont très très liés.
- Du coup ma question de recherche était quels sont les facteurs clés de succès, je vais pas vous demander de répondre à la question à ma place mais quand on parle de migration en tant que telle et même si vous pensez en terme de digital au digital, qu'est ce que vous pourriez penser comme facteurs clés ?
- Je pense que la première chose qu'il faut faire et ça je pense que c'est valable dans plein de domaines, quand on fait des changements. C'est vraiment de demander aux personnes qui l'utilisent, aux gens de terrains, quels seraient le programme rêvé ? En tout cas comment est-ce que eux, qu'est-ce qu'ils voudraient pour que ce soit ergonomique, qu'est ce qu'ils voudraient pour que ce soit plus facile tout simplement et pour que ce soit utile dans leurs tâches quotidiennes. La clé c'est que ça ne doit pas être une contrainte. Mais il y a moyen d'obtenir vraiment beaucoup de solutions en demandant simplement aux personnes qui l'utilisent. Et même encore à l'heure actuelle, je trouve que les personnes ne sont pas suffisamment, alors elles sont peut-être à l'écoute mais n'ont pas les moyens de le réaliser, ça c'est possible aussi mais en tout cas ça n'est pas simple. Pas simple du tout. Je pense que ça c'est une des choses, il faut vraiment que ce soit les personnes de terrain qui proposent des manières de fonctionner.
- C'est ça, la migration doit se faire conjointement entre les personnes de terrains et les personnes qui prennent en charge la migration ?
- Oui, il faut pas que ce soit imposé.
- Ok, je ne sait pas si vous avez quelque chose d'autre à ajouter concernant cette migration ?
- C'est vraiment parce que voilà, les infirmières ici de la salle de réveil sont vraiment très attentives à ce que ce soit le plus représentatif des soins et elles sont super attentives aussi de manière à ce que l'extraction du dirhm soit la plus complète. Mais c'est vrai que c'est assez embêtant parce que pour que l'extraction du dirhm soit

efficace il faut encoder d'une certaine manière. Manière qui des fois n'est pas un, n'est pas du tout ergonomique, et n'est même pas un reflet de la réalité. Par exemple, prenons par exemple le cas de, on va donner un médicament, un antiémétique, un médicament pour empêcher de vomir, et bien, mais c'est le dirhm, ça c'est quand même étroitement lié. L'extraction ne va pas se faire parce que il n'y a pas eu d'évaluation, d'échelle d'évaluation des nausées/vomissement. Or, cette échelle d'évaluation des nausées vomissements n'est pas faites par l'infirmière en salle de réveil. Il faut savoir que le passage en salle de réveil il est super court, c'est entre une demi-heure et une heure et demi en moyenne. Donc cette évaluation a été faites par le service d'anesthésie avant, à la consultation d'avant. Donc ça n'a pas de sens, et puis cette consultation ayant été faites, on a le protocole de la consultation d'anesthésie. Donc on sait que le patient est à risque ect,.. ET donc toutes des petites choses comme ça on se dit qu'il y a quand même moyen de faire quelque chose. Et ça, si on avait posé la question aux utilisateurs avant, en amont, on aurait peut être réussi à faire des choses un peu plus finement.

- On m'a dit que quand ils ont fait cette migration, alors c'est peut être que dans l'hôpital de Jolimont mais c'est qu'ils ont d'abord demandé à des personnes qui travaillent en tant infirmière dans les hôpitaux si elles voulaient participer au projet de migration et c'est comme ça que Laurence Mascart est venue au dpi c'est qu'avant elle était infirmière. Donc c'est pas via ça qu'on aurait pu avoir de l'expérience un peu dans tout les domaines pour pouvoir répondre à ce genre de questions. Parce que j'imagine que Laurence qui était dans un certain service a du coup l'expérience de son service et pouvait répondre à quelque questions.
- Oui, mais on a pris une infirmière d'étage. Pour les services spécifiques elle n'était pas d'une grande aide. Elle a toujours travaillée dans le même type de service donc là sur le coup pour les services spécifique moi je pense qu'on aurait pu mieux faire. Et en l'occurrence c'est notre cas. Après il y en a d'autres hein, il y a pas que le bloc.
- Oui j'imagine, ça aurait pu être à l'aide d'un questionnaire ou des gens qui, comme vous l'avez dit proposent leurs programme parfait.
- Ce qui a c'est que, quand on migre comme ça du papier au digital, déjà on ne sait pas à quoi s'attendre. On avait jamais vu une ébauche, on ne savait pas à quoi ça allait ressembler. On s'est posé des questions et personnes n'avait l'air de vouloir y répondre en tout cas. Je me souviens avoir posé des questions par rapport à ça sur le déploiement en réunion de chef à l'époque et je n'ai pas eu les réponses. Alors est-ce que les gens à qui j'ai posé les questions n'avaient pas compris ce que je voulais demander je ne sais pas. En tout cas je n'avais pas eu des réponses. Et donc on s'est retrouvé devant le fait accompli où on nous a dit voilà, lundi on vient et on migre. Et là on s'est dit, enfin mais ce n'est pas logique, ce n'est pas un reflet de la réalité, mais c'est comme ça. Et même après on a pas vraiment la possibilité de dire, c'est trop tard puisque c'est fait, le système est fait comme ça. Oui il y a eu des versions et des versions et des versions, les choses ont quand même changé ça je vais pas dire que c'est resté figé. Mais pas aussi vite ou en tout cas pastoujours comme on voudrait.
- Ok, c'est intéressant d'avoir d'autres points de vue comme ça. Ok, je crois que je suis bon comme ça. Je vous remercie d'avoir pris de votre temps.
- Avec plaisir.

9.1.3 Docteur X

- Bonjour, je me présente je m'appelle Maxime Eugène, je suis en ingénieur de gestion à la LSM à Louvain-la-neuve et là je suis donc en master 2 et dans le cadre de mon mémoire je fais un stage ici à Jolimont. Actuellement je suis en télétravail mais je fais

un stage à Jolimont dans le département DPI avec Laurence Mascart je ne sais pas si vous la connaissez, c'est elle qui m'a donné votre contact. Donc je suis le projet de déploiement du dpi à Mons et Warquignies, je fais mon mémoire là-dessus. De base le projet était que j'interviewe les personnes qui se feront former à Mons et Warquignies le problème c'est que ça a pris plus de temps que prévu donc le déploiement se fera vers septembre donc ça sera vraiment beaucoup trop tard car je ne serai plus en stage. Donc ce que je fais, j'interview des gens qui ont vécu la migration mais de papier à digital en fait. Ca reste une migration de dpi qui était différente à l'époque mais cela peut quand même être intéressant pour mon mémoire c'est pour cela que je vous interroge. Et donc en fait le but ici est d'avoir votre ressenti, l'expérience que vous avez eu lors de cette migration qui a eu lieu il y a 7-8 ans un quelque chose comme ça. Lorsque vous êtes passés au digital.

- Oui, ça fait assez loin.
- Voilà, mais c'est mieux que rien, mais j'ai rencontrés des gens qui avaient quand même quelques choses à dire et se rappellent quand même de pas mal de chose. Mais du coup, vous pouvez vous présenter, dire ce que vous faites au sein de Jolimont.
- Donc voilà, je suis docteur X, je suis pneumologue à l'hôpital de Jolimont depuis 1997. J'ai été chef de service pendant 10 ans, de 2010 à 2020 grosso modo. Et là je suis de nouveau chef de service depuis quelques mois.
- Ok, alors la question de recherche de mon mémoire est : Quels sont les facteurs clés de succès pour la mise en place d'un dossier patient informatisé commun visant à harmoniser la gestion des données médicales dans un contexte hospitalier. Donc j'aimerais discuter avec-vous de votre expérience à ce sujet. Comment vous l'avez vécu et comment est-ce que cela s'est passé de votre côté cette migration de dossier papier à digital.
- Pour moi ça s'est bien passé, personnellement c'est un grand progrès. Document pastille ect,.. lourdeur, tout s'est simplifié.
- Ok, vous avez eu des formations, des trucs ainsi afin de vous former à ce nouveau dpi ?
- On a eu des formations mais je pense que l'essentiel c'est quand même l'auto-formation. C'est-à-dire que voilà, on a eu les grandes lignes mais bon, à un moment donné il faut s'investir parce que cela ne tombe pas du ciel. Donc oui à un moment donné il faut s'accrocher et il faut vouloir essayer d'optimiser l'outil. Ce qui est assez complexe.
- Mais donc vous avez suivi des formations ou pas ? Comment cela s'est passé en terme d'apprentissage? Vous me dites que vous avez en quelque sortes appris tout seuls mais quels outils ont été mis en place pour que vous puissiez le faire.
- On avait reçu des documents, des documents papiers, des documents par des lettres, il y a eu des réunions, des formations en groupes et en petits groupes. Mais voilà, les formations c'est bien mais quand on applique sur le terrain il faut chercher un petit peu, optimiser pour que l'outil colle bien à ce qu'on a besoin. Donc il y a un effort personnel qui est toujours là.
- Ok, alors là, depuis deux semaines, j'étais dans le département dpi, on a fait un plan de communication pour Mons et Warquignies et en fait, à l'époque comment cela s'est passé, vous avez vécu un plan de communication en terme de cette migration qui était efficace, est ce que vous avez eu plein d'infos ou est ce que vous étiez plongé là dedans un peu sans trop savoir comment tout gérer.
- Personnellement j'ai pas eu trop à me plaindre, les soucis principaux c'est la vitesse, c'est toujours la même chose, c'est la vitesse, les bugs. C'est ça qui fait perdre énormément de temps. Sinon, globalement, moi je n'ai pas de soucis. En fait c'est quelque chose qui ne peut être que chaotique, mais au final je n'ai pas vraiment de plaintes particulières.

- Et en terme d'efficacité de votre personnel, je ne sais pas si vous impacté par ca mais est-ce que vous avez ressenti que pendant cette migration et peut-être même après vous avez ressenti que l'efficacité était moindre du fait d'avoir des outils différents à gérer et que les soins de santé que vous fournissiez étaient peut être moins efficaces et moins bien qu'avant pendant une certaine période ou vous n'avez pas ressenti ce genre de manquement ?
- Non je n'ai pas ressenti ce genre de manquement là. Moi j'ai plutôt trouvé que ca nous faisait gagné du temps. Donc comme ça nous a fait gagner du temps, on avait plus de possibilité de s'occuper du médical, même aussi d'augmenter son activité. Surtout des gains de temps aussi dans les courriers, dans la rédaction des courriers. Et dans la vitesse pour les adresser aux médecins traitants.
- Et en terme de migration en tant que tels, si maintenant on vous demandait qu'est ce qui aurait pu se passer mieux à l'époque, est-ce que vous avez des idées qui vous viennent comme ca ou ce n'est plus assez frais. Que ça ça aurait pu mieux se passer, ça ça aurait pu être fait de manière différente.
- Ce n'est plus très frais dans ma mémoire. Peut-être une approche encore plus personnalisée. On en a parlé qu'on allait faire des approches plus personnalisées, vraiment d'avoir quelqu'un à coté de soi certains moment pour dire, tiens il y a un petit clic là sur la droite qui va vous faire gagner du temps, des choses comme ca. Ca c'est peut-être ce qui a un peu manqué mais bon c'est une question aussi de disponibilité du personnel etc. pour faire cette information-là. Mais oui un accompagnement plus individuel aurait été encore plus facile mais on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a.
- C'est-ça, et le département dpi qui a été mis en place pour justement l'aide, celui pù je suis avec Laurence Mascart, est-ce que cela a été utile tout au long de la migration ? C'est-a-dire de chaque fois pouvoir appeler en cas de besoin, dès u'il y a un problème avec Xcare ou Bdoc à l'époque. Est-ce que ca c'est utile, qu'est ce que vous en pensez ? Car c'est quand même un accompagnement qui est installé depuis l'époque jusqu'à aujourd'hui encore.
- Tout à fait tout à fait. Donc ca oui, la disponibilité par téléphone ect moi je n'ai pas à me plaindre. Ca a bien fonctionné. Voilà maintenant aussi quand on fait des nouvelles versions. Le passage aux nouvelles versions ca a été un peu chaotique, quand on change la version du jour au lendemain avec les bugs ect c'était des périodes un peu difficiles mais sinon quand j'ai un problème ponctuel en général quand j'appelle on me répond. On a toujours trouvé une solution. Maintenant, si j'ai un regret c'est d'avoir eu un truc un peu plus individualisé dans la prise en charge de départ.
- Oui cela reviens assez souvent dans les entretiens. Donc ma question de recherche c'est en rapport avec les facteurs clés de succès, je ne vais pas vous demander de faire mon mémoire à ma place mais si je vous demandais quels sont les facteurs clés de succès lors d'une migration ? Est-ce que vous en avez en tête ? Quels sont les points les plus importants pour avoir une migration optimale et la plus efficace possible ?
- Les points les plus importants je pense que il faut montrer à l'utilisateur très rapidement ce qui va lui faire gagner du temps. Ca c'est important pour l'adhésion au projet. Il faut mieux que ce soit simple au début. Parfois je pense qu'il vaut mieux éviter une certaine fonction complexe. Les traitements médicamenteux par exemple c'est quelque chose de complexe. Il vaut mieux commencer par quelque chose de simple qui font vite gagner du temps pour avoir l'adhésion du projet et puis progressivement complexifié. D'un certain coté il ne faut pas trop complexifier non plus parce que après quand on complexifie trop on s'en sort plus. Il y a un juste milieu à trouver dans la complexité du programme.
- Ok, donc commencer simple pour après aller dans la complexité mais pas tout donner en une fois.

- Oui, j'ai l'impression que maintenant il y a parfois des choses un peu trop complexe, un peu trop de niveau, donc voilà, moi je pense qu'il faut que ce soit simple, il faut que ce soit rapide, la vitesse ça c'est important et alors il faut que ça fasse gagner du temps pour adhérer au projet.
- Oui, montrer les avantages quoi. Voilà, c'est comme ce qu'on a fait lors de notre plan de communication, ce qu'on a fait pendant deux semaines c'est vraiment montrer l'utilité de changer de programme et pourquoi est-ce que c'est bénéfique pour eux. Je crois que c'est quand même un point qui est le plus important.
- Évidemment c'est un cas particulier. Moi j'ai vécu la période où on avait des gros dossiers, des gros pochettes ou il fallait déballer la pochette pour trouver les antécédents ect. Donc moi je pars de là donc pour moi tout ce qu'il y a maintenant c'est un grand progrès maintenant les jeunes qui arrivent depuis 2 ans ne vont peut-être pas voir les problèmes du système actuel. J'ai un point de vue particulier.
- Oui j'imagine, de toute façon même lorsque l'on passe de papier à digital, il y a quand même un changement qui est bien grand quand on passe d'un programme à un autre, on a déjà reçu plein de retour de Mons et Warquignies et la résistance au changement est quand même présente. Alors que c'est pas comme à l'époque où c'est carrément du papier au digital là c'est du digital à digital donc c'est quand même quelque chose à prendre en compte. Je ne sais pas si vous avez quelque chose à rajouter, là j'ai quand même déjà pas mal de contenu, ce n'est pas un interview qui est censé durer 30-40 minutes, c'est juste pour avoir un avis d'expérience en terme de migration.
- Je pense juste que pour Mons et Warquignies il faut les attirer en leur disant que ils auront les résultats de ce qui se fait à Jolimont très vite, il y a pas mal de chose, d'examens qui se font à Jolimont, je pense au pepScanner notamment. Donc il faut leur faire comprendre qu'ils sont dans le système dès qu'ils auront le nom du patient ils auront tout, par rapport à ouvrir 3 systèmes différents, idem pour l'imagerie, comme ils n'ont pas la même imagerie que nous ça veut dire que quand le pacs sera le même ça sera beaucoup plus rapide. Parce que pour nous inversement c'est aussi difficile quand t'as un scanner d'un patient à Mons, il faut commencer à ouvrir deux programmes pour regarder les fichiers. Tout ça ça ira beaucoup plus vite. Il faut insister là-dessus- il faut insister sur les points positifs.
- Oui c'est un des gros points qui a été discuté ici au département dpi. Ok, je crois qu'on est bon, je vous remercie d'avoir consacré de votre temps pour moi.
- Parfait, bon courage pour la suite.

9.1.4 Poliard Nathalie

- Bonjour, je me présente, je m'appelle Maxime Eugène, je suis en ingénieur de gestion en Master 2 à la LSM, louvain school of management à Louvain-La-Neuve et dans le cadre de mon mémoire, je fais un mémoire projet donc c'est-à-dire un mémoire qui est en lien avec un stage. Donc je fais mon stage dans le département dpi à Jolimont avec Laurence Mascart, que vous connaissez, c'est elle qui m'a proposé de venir vous voir. Et donc de base je suivais le déploiement de dpi à Mons et Warquignies et comme au final au lieu de se dérouler en avril ça va plus se déployer en septembre, interviewer des personnes qui se sont fait former en septembre c'est plus compliqué car mon stage et mon mémoire seront déjà finis. Donc je me suis dit que j'allais interviewer des gens qui ont déjà vécu cette migration à l'époque même si c'était de papier à digital, c'est différent mais ça reste quand même une migration de dpi et je peux quand même avoir des informations assez intéressantes sur ce sujet-là. Donc je propose que vous vous présentiez, ce que vous faites au sein de cet hôpital à Nivelles.
- Donc je m'appelle Poliard Nathalie, je suis responsable du service de médecine interne depuis 2011. Et je me souviens même plus en quelle année ce déploiement c'est fait.

En fait j'étais au départ dans le projet pour vraiment construire le dpi et donc c'est dans ce cadre-là qu'on a été pilote en fait.

- Vous aviez plus ou moins le même rôle que Laurence ou vous vous êtes pas autant mis dedans ?
- En fait dans les réunions préparatoires ils voulaient avoir des gens de terrains et c'est dans ce cadre là que j'ai été prise pour vraiment construire la base du dossier. Et puis je suis quelqu'un qui m'intéressait aussi, j'aime pas écrire en fait. Et donc je n'ai jamais aimé faire les dossiers papier à la main donc j'étais très intéressé par l'outil informatique.
- Donc la question de mon mémoire c'est : Quels sont les facteurs clés de succès pour la mise en place d'un dpi commun visant à harmoniser la gestion des données médicales dans un contexte hospitalier. Du coup c'était pour discuter avec vous de comment vous avez vécu ça. Déjà par le fait que vous avez plus une main dedans que beaucoup d'autres personnes.
- Pour moi la clé, évidemment comme c'était du papier à l'informatisé c'est la même chose finalement si tu passes d'un dossier déjà utilisé vers un autre dossier parce que je pense que c'est comme ça qu'ils vont le faire, c'est de savoir exactement ce que les utilisateurs ont besoin à la base mais aussi de leur faire comprendre que c'est autre chose parce que l'erreur que nous on a fait c'est de vraiment utiliser et mettre en place ce dossier comme si c'était une transcription informatisée de quelque chose qui existait. Et ça je pense qu'il faut vraiment mettre dans la tête que c'est un biais parce que c'est autre chose qu'ils vont connaître. Et donc c'est un biais à la construction au départ et c'est un biais aussi à l'utilisation dans les premiers temps. Tu comprends ce que je veux dire ?
- Oui je vois très bien.
- Et donc ça c'est vraiment important je crois de le construire au départ comme ça et de le dire parce que bien sûr ça doit répondre au besoin des utilisateurs mais ça doit aussi répondre à d'autres besoins qu'il faut intégrer à ça et je pense que si on dit que c'est une nouveauté et que c'est autre chose il y aura moins de problèmes après.
- En terme de déroulement en tant que tel comment ça c'est passé ? Donc il y avait des formations ? Comment ça s'est déroulé à l'époque ?
- Alors, donc il faut se dire que même si l'on a des formations préparatoires avant, où on va vous présenter l'outil, ect,.. Ça va donner une idée, mais jamais ça ne va, moi pour moi la meilleure façon de mettre en place les choses c'est de le faire en pratique. C'est au moment en fait que tu vas utiliser l'outil que tu vas te rendre compte de ce que c'est. Parce qu'on peut te montrer de Cinquante mille manières différentes sur un écran, tu vas jamais te rendre compte sur le pratique au moment où tu vas l'utiliser qu'est-ce que ça va donner. Et ça c'est aussi important parce que souvent on prend beaucoup de temps avant pour former,... Et on prend peu de temps après, et ce peu de temps après c'est vraiment dérangeant pour les utilisateurs qui eux en fait n'ont plus le choix, parce que ils n'ont plus d'autres possibilités puisqu'il y a la migration qui s'est faite. Et où tu te rend compte de la réalité des difficultés et des problèmes, et où t'as personnes, où tu n'as rien, où tu n'as pas de répondant. Donc je ne pense pas qu'il faut mettre le focus sur la formation avant, il faut évidemment une base, mais il faut surtout mettre un focus sur l'utilisation et sur les semaines qui vont suivre la mise en place réelle de l'outil sur le terrain.
- C'est ce qu'ils font maintenant sur Mons et Warquignies, je crois que c'était une semaine avant de formation en tant que telle, de théorie, puis après d'accompagnement et ensuite c'était une semaine qui était suivie. A l'époque ça c'est bien passé ou c'était justement plus différent ?
- Justement, c'était un problème parce qu'en fait, moi ce qui m'a surtout, d'ailleurs j'avais fait des réunions et j'avais prévenu la direction, parce que ce qui était très

compliqué c'est que on écoutait pas le terrain. Donc ils avaient au départ une idée, et puis par la suite on s'est rendus comptes qu'on était pas toujours dans le bon mais c'était trop tard. Et donc on a du faire avec, ça c'était déjà compliqué. Et puis en faisant avec, moi très tôt je me suis rendue compte que si il n'y avait pas de suivi au quotidien ou de manière hebdomadaire il n'y aurait plus rien dans le dossier. Et c'est ce qu'il s'est passé dans un premier temps et même encore maintenant. En fait l'outil informatique est pire pour moi que l'outil papier alors que j'aime pas écrire.

- Encore actuellement maintenant ?
- Dans le sens ou si tu ne suis pas au quotidien, ton dossier tu ne le fait pas vivre. Et un outil informatique c'est pas un outil papier où tu peux trouver des choses dedans. Le papier tu peux toujours trouver une information. L'informatique c'est oui ou non, c'est binaire. Mais en fait l'esprit humain n'est pas binaire, on aimerait bien mais on est pas des robots, et les soins ne sont pas binaires. Et donc ça c'est aussi quelque chose auquel peut être on ne fait pas assez attention dans certains milieux où on utilise l'informatique.
- Ca c'est lié à la migration qu'il y a eu lieu à l'époque ou c'est juste maintenant, actuellement ce qui est mis en place qui pose problème ?
- Alors maintenant il y a d'autres problèmes parce que nous on a été projet pilote. Du coup on a mis en place le dossier qui tout de suite, moi j'avais des personnes de tout âge dans le service et je me suis dit oulala ça va être compliqué, et en fait pas du tout parce que comme on est passé du papier à l'informatique, on avait plus rien d'autres il fallait l'utiliser. Et ça ça c'est bien passé contrairement à ce que je pensais finalement. Mais le problème qu'il a eu c'est que nous après on a construit notre dossier, ce dossier a été pris comme argent comptant pour construire pour l'ensemble des services et nous il nous convenait. Mais c'est pas parce que nous il nous convenait que ça allait convenir aux autres unités donc ça c'était déjà un peu compliqué. Et par contre ce qui a été compliqué et qui l'est encore pour nous maintenant, c'est que les autres sont venus se greffer à nous en fait, à un dossier qui a continué à évoluer. Qui a eu une évolution énorme, et en fait moi j'ai pas suivi ça. On est restés, pas vraiment au premier dossier qu'on avait construit mais presque. Et on a du mal à continuer d'évoluer avec ce dossier nous sur le terrain.
- Vous voulez dire par rapport à chaque mise à jour qui est ajoutée ?
- Oui, ça c'est très très compliqué. Et je ne sais pas si t'as interrogés d'autres services, si ils ont le même sentiment, mais moi j'ai le sentiment que c'est parce que on est resté sur la base. Mais peut être que c'est a cause de l'encadrement qui est fait. En fait ils font des refreshs de dpi régulières. Ils ont tout essayé avec ça. Au départ, quand il y avait une nouvelle version, on te donnait un papier et on te disait il y a ça, il y a ça, et il y a ça qui a changé. Et ça, ça allait encore, c'était faisable. Par la suite ça a pris tellement d'ampleurs et il y a eu tellement d'hôpitaux qui se sont greffés, de services qui se sont greffés qu'ils savaient plus faire ce petit papier ect.. Donc on avait un mail, nous en tant que chef de service « attention il y a une nouveauté dans le DPI, voilà veuillez consulter le manuel », t'as déjà vu le manuel ? C'est pas gérable, c'est impossible dans une unité de soin à suivre ça, impossible. Parce que en plus t'as le côté médical, t'as le côté infirmier, tout est mélangé, quand il y a un refresh tout est mélangé. Quand il y a des nouveautés où tout est mélangé là-dedans, toi t'arrives pas à trouver ce qui t'intéresse et puis c'est ingérable, franchement, ça te sers à rien. Donc ça c'est pas le bon canal pour moi, en plus dans une unité de soin c'est vraiment pas le bon canal, et pour des infirmières c'est vraiment pas le bon canal. Il faut savoir qu'une infirmière, le dossier, il va lui servir à une seule chose, à donner des médicament parce que c'est surtout ce volet là qu'ils utilisent ? Les aides-soignantes elles vont utiliser tout ce qui est soins et la chef elle va utiliser le dossier en globalité. Mais il faut savoir que c'est comme ça que ça se crée. Le médecin il va juste se servir du dossier pour la

prescription et pour les notes. Donc déjà ça tu vois qu'il y a différents problèmes, différentes manières d'aborder cette problématique de suivi. Et puis t'es seul, il y a une migration qui se fait, ok, voilà elle s'est faite, et toi tu vois en fait que ce que tu faisais d'habitude ça ne fonctionne plus. « Ah mince, pourquoi ça ne fonctionne pas ? », « ah ben j'ai pas bien fait » donc tu réessaye la manière dont tout faisais. T'as pas vu qu'il y avait une nouvelle ou une manière de faire. Ta chef n'était peut-être pas là donc t'as pas pu te dire ce qu'il y avait. T'as chef elle a reçu le mail, le mail qui était bien écrit avec des belles petites couleurs, des belles petites flèches mais toi t'as pas d'imprimante couleurs tu vois. Donc quand tu sors le mail qu'on t'as fait, le beau tableau, ça ressemble à rien en fait. Tu vois tout ça en fait ce sont des biais du terrain qui empêchent quelque part une bonne utilisation des nouveautés. Je suis certaine qu'il y a plein de trucs qu'on peut faire dans ceci, et qu'on est pas au courant, et qu'on utilise pas.

- C'est un problème de communication ou de transfert d'informations en fait ?
- Le problème de la communication c'est la manière dont on va communiquer et que ce n'est pas ciblé. Et donc on va me dire, « t'as déjà été au refresh du dpi quand il y a les formations et tout ça ? » « ben non j'ai pas été ». Parce que en fait, pareil, c'est trop basique ou trop large, tu vois ? C'est pas ciblé, donc moi il y a plein de trucs dont j'en ai rien à faire. Quelque part le dossier il doit me servir à moi. Et ça c'est un maillon qui manque. J'ai toujours dit qu'il manquait un maillon entre le bureau, les gens qui travaillent sur le dpi et le terrain. Là il y a pas, il y a pas ce maillon.
- Il y a juste le numéro qu'on peut appeler quand il y a des problèmes ?
- Oui, et en fait, moi on le fait hein, et elles font des mails et tout ça ect... Mais on le fait par rapport à nos besoins, par rapport à ce que l'on rencontre comme problèmes, par rapport à un problème que tu vas rencontrer. Mais pas par rapport à réellement ce que l'outil peut nous apporter. Et ça c'est triste parce que voilà, encore une fois je pense qu'on utilise que un quart de ce que l'outil pourrait nous apporter. Et celui qui a créé l'outil ou celui qui est dedans tout le temps il se rend pas compte de ça en fait. Et c'est dommage car il y a plein de trucs qui sont perdus quoi. Pour moi il faudrait un nouveau poste.
- De lien entre les deux quoi ?
- Oui, de lien en fait. Qui ne ferait que ça. Qui irait dans toutes les unités et qui ferait du pratique, du pratique pratique. Ce lien doit connaître vraiment tout le dossier, c'est un fameux boulot mais c'est un peu comme un analyste, mon mari est analyste donc je connais un peu. C'est un peu comme l'analyste tu vois, l'analyste il va faire ton projet, il va faire ton dossier, il va faire le programme et puis ça va passer en prod. Mais quand ça passe en prod, qu'est-ce qu'ils font ? Ils continuent à gérer les incidents, surtout au début. En nous on a pas ça en fait, ce lien là nous on ne l'a pas. On a les analystes qui vont créer ect., ça passe en prod chez les utilisateurs mais l'analyste il ne fait plus de liens après. Et ça pour moi ok, eux ils ont toujours vu ça comme un coût, parce que c'est vrai que c'est une personne que tu dois payer, une ou deux. Mais pour moi ça a un gain. Parce que justement, on utilise pas la moitié du quart de ce qu'ils ont créé. Et en plus quand il y a des problèmes tu te rends pas toujours compte que t'as un problème, alors tu sais comment on le sait maintenant quand il y a un problème ? Parce que il y a le DIRHM, tu connais le DIRHM ?
- J'en ai entendu parlé oui.
- Il faut savoir que le financement des soins de santé, du personnel de santé est surtout calculé par rapport au soin que tu vas donner au patient. Tu imagines l'impact du dpi sur ça ? C'est énorme, un truc incroyable. Mais le DRHM, donc ce financement, il y a des liens que se sont créés entre les différents soins, donc c'est encore pire que ce qu'on pense. Ça veut dire que si tu crées pas bien ton dossier, tu vas avoir un manque à gagner au niveau du financement. C'est énorme quand même comme truc. Ça c'est

fait 3-4 fois par an. Et donc enfait maintenant on a des gens qui font l'extraction de ce DRHM et pendant la période d'enregistrement ils analysent nos dossiers et ils nous disent « là ça va pas ce que t'as fait » mais ils le font par rapport au DRHM. « Ça ça va pas ce que tu as mis », « ça va pas, il y a pas de liens si tu valides pas ça tu n'auras pas ça » donc c'est purement du financement. Et du coup nous on se rend compte qu'on utilise pas bien le dossier. Du coup on se rend compte qu'il y a des manquements. « A oui, si on rajoutait ça tous les jours on pourra avoir ça ». C'est vraiment par rapport au financement, et donc c'est dommage parce que quelque part si on faisait ça au quotidien, on aurait un financement qui serait correctement fait. C'est vraiment dommage qu'il y ait pas ce lien. Pour moi c'est vraiment le biais qu'il y a eu sur ce dossier. Et l'autre chose qui a été très problématique et qui l'est encore à l'heure actuelle, c'est que au niveau de la prescription médicale, au niveau des médecins, donc nous on nous a quand même beaucoup perturbés dans notre manière de travailler, une infirmière ça reste quand même la base pour aller vers le patient, elle passe beaucoup de temps avec cet outil. Maintenant nous on a réussi à trouver une manière de travailler où c'est plus un frein parce que j'ai demandé beaucoup plus de pc portable ect., mais ça a un coût aussi du coup. Mais les médecins on a pas trop voulu trop les perturber en fait, donc il y a des trucs où on a donné des priorités qui parfois posaient problèmes, clairement. On a pas mis tout le monde sur le même pied d'égalité, et ça ça sert à rien. Du coup t'utilise pas bien non plus quelque part. Voilà.

- Pour plus revenir à la migration même, ça reste quand même intéressant de savoir tout ça en lien avec la migration. Car tout ça c'est un peu la continuation de la migration ce que vous me dites.
- En fait la migration elle s'est faite correctement, comme c'était que un service, la migration elle s'est faite rapidement. Mais vous n'aurez pas ça vous, ça va être différent ça vous allez migrer par unités je suppose. Et donc vous allez avoir plus de problèmes. Parce que clairement nous ce qu'on a eu, nous comme c'était que nous, il y avait quelqu'un sur place c'était tout un bazar, c'était une révolution. Donc pendant 1 mois on a eu quelqu'un tous les jours, ça c'est bien passé. Et maintenant quand ils vont faire une migration sur plusieurs services, ça veut dire que si tu mets pas les moyens c'est pareil. En homme sur l'instant, ça va pas aller, parce que c'est quand même très perturbant. Parce que tout est basé sur le dossier. Et en plus là vous allez faire une migration par services, tout le monde, les médecins, les prescriptions, les soins qu'ils faut donner, les médicaments. C'est beaucoup quoi.
- Oui, il auront de l'aide en plus, il n'y aura pas que le département DPI, ils auront de l'aide en plus, il y a une société externe qui fournira une aide supplémentaire.
- Ah oui parce que c'est quand même lourd quoi. Bon, maintenant ils travaillent déjà avec l'informatique maintenant je pense, c'est juste un changement de dossier d'après ce que j'ai compris. Donc ils ont quand même déjà cette partie digitale. Alors il faut se dire plusieurs choses, moi il y a 8 ans, personne quasi ne travaillait avec un DPI, c'était quelque chose, on commençait à en parler mais les médecins traitants ne travaillaient pas de manière informatisés, personne ne faisait ça. Donc, c'était un gros changement, maintenant moi maintenant j'ai des nouveaux qui arrivent, qui n'ont pas fait leurs études sur Jolimont. Ils arrivent, ils s'en foute, un dossier ou un autre c'est le même. Ça ne pose pas de problème, c'est rentré dans les mœurs cette manière de travailler. Il y a quasi plus d'hôpitaux qui travaillent en version papier. Mais donc, ça c'est une chance, ça veut dire que l'esprit des jeunes et l'esprit au niveau des soins a évolué. Moi quand je vois par exemple mes assistants médicaux qui viennent, je suis épatée parce que eux en une journée c'est bon ils ont compris le bazar, nous il nous a fallu plus qu'une journée quoi. Donc ça ça va quand même être différent, et c'est de la migration. Donc l'accompagnement est important mais il y a le suivi qui est important

moi qui est plus important que l'accompagnement au moment où on fait la migration. Je devrais faire maintenant une migration vers un autre dossier, je serais pas stressée.

- Après, ce que dit souvent Laurence c'est que c'est plus le changement qui était compliqué, des gens qui sont habitués à cliquer sur tel bouton à cet endroit-là et l'air de rien pour eux c'est tout un problème.
- Alors c'est un problème pour les anciens, ce n'est pas un problème pour les nouveaux. Moi je vais avoir 50 ans, j'ai toujours, jusqu'à il y a 3 ans, évidemment j'avais des jeunes qui arrivait mais ils étaient un peu comme nous. On voyait pas vraiment de changement, et en fait ces 3 dernières années on se prend un coup de vieux parce que vous n'êtes plus du tout largués.
- Oui ce sont des gens qui ont grandi avec la technologie j'imagine.
- Oui, donc c'est vraiment très perturbant pour nous parce que ils sont pas perturbés avec ça, ils sont pas du tout perturbés. En fait, pour eux la perturbation qu'il va y avoir c'est si ça leurs demande plus de temps ou si ça un impact vraiment personnel au sinon, tu peux leurs mettre en bleu, en rouge, en vert ça va pas les perturber. Par contre mes ancienne infirmière, tu vas leurs changer la couleur, ouh catastrophe. Et donc ça aussi il faut en tenir compte maintenant mais c'est une histoire de quelques années, après il faudra même plus en tenir compte de ça. Parce que ça n'aura plus du tout d'impact. Ça c'est comique en effet.
- C'est vrai que dans les interviews que j'ai eu c'est vraiment les personnes plus âgées qui ont plus de mal.
- Et pourtant tu vois moi j'ai une personne plus âgée qui va avoir 40 ans de carrière, dans le même service et tout, et j'avais peur moi de cette personne là parce que je me disais « rholala comment est-ce que je vais faire » si ça ne fonctionne pas, comme en plus comme on était vraiment porteur, et en fait ça c'est vraiment bien passé. Il lui fallait plus de temps pour assimiler et c'est vrai que c'est quelqu'un qui va travailler par automatisme. Et maintenant les nouveauté elle va pas aller vers les nouveautés. Mais si on lui montre et quand lui dit voilà ça va avoir un impact, il faut faire comme ça et comme ça, elle va le faire. Donc c'est pas non plus un biais.
- Je vais finir par une dernière question, je ne vais pas vous demander de faire mon mémoire à ma place mais j'ai parlé de facteurs clés de succès, si je vous dis ça comme ça qu'est ce qui vous vient à l'esprit ?
- Mais t'as compris moi ce que je voulais dire ? Il faut vraiment accompagner le travail au quotidien mais tout le temps et pas que quand il y a la migration. Pour moi ça ça sert à rien. Tu vas partir alors sur, « oui ça va », je dis pas qu'il faut donner la main aux gens, c'est pas ça que j'ai dit. Tu sais que si c'était quelque chose qui n'évoluait pas, tu fais la migration, tu pourrais avoir ça, je ne sais pas moi, un programme qui gère, ultragenda par exemple, le programme qui gère les rendez-vous, ça a été un grand changement quand même pour les soins, les secrétaires ect..., ça a été mis en plus, et bien c'est bon maintenant, ça va durer encore 10 ans ainsi et il faudra plus jamais revenir sur ça, il va peut être y avoir des petits changements mais ça ne va pas perturber grand-chose. Ici, un dossier patient, ça évolue tout le temps et donc si tu prends vraiment pour ton mémoire la migration d'un dossier patient informatisé, pour moi la clé du succès c'est vraiment l'accompagnement continu mais en faisant un lien. Cet accompagnement c'est quelqu'un qui connaît parfaitement le dossier dans ces moindres détails, qui sait comment ça fonctionne et qui va aller sur le terrain. C'est pas un accompagnement en mode « vous venez à la formation du refresh », rien à voir, c'est sur le terrain par service de manière spécifique pour qu'on utilise au mieux le travail qui a été fourni par l'analyse et par la mise en place de ce dossier. Sinon on utilisera le quart. C'est dommage.

- Très intéressant, un autre point de vue comme ça. Un grand merci en tout cas, je ne sais pas si vous avez quelque chose d'autre à rajouter mais on a déjà pas mal de contenu là. Un grand merci en tout cas.
- Pas de soucis au revoir.