

## **L'hôpital face à de nouvelles pratiques professionnelles. Analyse de l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé.**

**Auteur :** Fernandez Fernandez, Begona

**Promoteur(s) :** Oriane, Jean-François

**Faculté :** Faculté des Sciences Sociales

**Diplôme :** Master en sciences du travail

**Année académique :** 2018-2019

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/7931>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

NOM : FERNANDEZ

Prénom : Bégonia

Matricule : S176463

Filière d'études : Master en Sciences du Travail, 60 crédits

## Travail de Fin d'Etudes (TFE)

L'hôpital face à de nouvelles pratiques professionnelles  
Analyse de l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé

Promoteur : Jean-François Orianne

Lecteur : Cynthia Slomian

Sélectionner un éventuel type d'encadrant 3

## Remerciements

C'est avec émotion et infiniment de reconnaissance que nous rédigeons ces quelques mots de remerciements.

L'accompagnement de Jean-François Orianne a été précieux à tous égards et nous a permis de poser le cadre de notre recherche. Nous nous souvenons que son soutien nous a donné le courage de poursuivre et trouver au fond de nous-même la confiance qui semblait nous manquer pour mener à bien ce travail.

Nous remercions Cynthia Slomian pour l'intérêt qu'elle a porté à notre objet de recherche en acceptant de faire d'emblée partie des membres du jury. Sa perception fine des situations, ses enseignements toujours pertinents et notre attrait commun pour le secteur des soins de santé nous laisseront une image de douceur et de gratitude.

Nos profonds remerciements s'étendent aussi à Danièle qui par ses compétences nous a soutenu tout au long de la rédaction de notre travail de recherche. Nous la remercions pour le temps qu'elle a consacré, pour ses conseils et l'aide qu'elle nous a prodiguée.

Face à nos doutes et nos incertitudes dans l'accomplissement de nos objectifs, ses encouragements, sa patience, sa présence ont si bien su nous guider vers le chemin de nos ambitions, à Eric.

Merci.

*« Dans cette période de crise et de grands changements dans  
l'organisation des institutions et des services de santé,  
l'infirmière est mieux à même que tout autre acteur ou spectateur  
de contribuer à la compréhension de l'action »*

Everett C. Hughes

## TABLES DES CIGLES ET ABREVIATIONS

BMF :	Budget des Moyens Financiers
BMUC :	Belgian Meaningful Use Criteria
CHPLT :	Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle
CHRV :	Centre Hospitalier Régional de Verviers
DII :	Dossier Infirmier Informatisé
DI-RHM :	Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum
DPI :	Dossier Patient Informatisé
ETP :	Equivalent Temps Plein
INAMI :	Institut National d'assurance Maladie-Invalidité
PMI :	Prescription médicamenteuse informatisée
RGPD :	Règlement général sur la protection des données
SPF :	Service Public Fédéral
TIC :	Technologie de l'Information et de la Communication

Tables des matières

1.	Introduction .....	5
2.	Mise en contexte .....	7
2.1	Le contexte socio-économique et politique des soins de santé .....	7
2.2	Obligation légale : Plan national <i>e-Santé</i> .....	8
2.3	Le financement des hôpitaux.....	9
2.4	L'hôpital face à de nouvelles attentes .....	10
3.	Le CHR de Verviers.....	12
3.1	Historique .....	12
3.2	Le Dossier Patient Informatisé .....	13
3.3	Le Dossier infirmier devient informatisé .....	14
3.3.1	Avancement du projet .....	14
3.3.2	Méthodologie dans la gestion du projet et du changement, la méthode « Agile ».....	16
4.	Méthodologie .....	17
4.1	De la question de départ à la question de recherche.....	17
4.2	Terrain de recherche.....	18
4.3	Le dispositif méthodologique .....	19
4.4	Le choix des informateurs .....	20
5.	Cadre théorique.....	21
5.1	L'ordre négocié selon Strauss .....	22
5.2	La division du travail selon Hughes .....	23
5.3	La question du pouvoir dans les organisations selon Crozier et Friedberg.....	24
5.4	Les outils de gestion selon Chiapello et Gilbert.....	26
5.5	Le changement dans les organisations selon Bernoux .....	27
5.6	Les instruments traceurs de changement selon Lascoumes et Le Galès .....	28
6.	Analyse du terrain.....	30
6.1	L'ordinateur rythme le travail des soignants .....	30
6.2	L'ordinateur et/ou le papier .....	33
6.3	Une individualisation, une responsabilisation et un contrôle des pratiques.....	35
6.4	Age et expérience, une opposition mise en évidence.....	38
6.5	L'informatisation du dossier : infirmières versus aides-soignantes .....	40
7.	Discussion.....	43
8.	Conclusion.....	50
9.	Bibliographie .....	53
10.	Annexes .....	55
10.1	Tableau récapitulatif des informateurs.....	55
10.2	Guide entretien type.....	56

## **1. Introduction**

Durant notre parcours universitaire, nous avons eu l'opportunité de réaliser un travail de recherche dans le cadre du cours de séminaire en situation professionnelle. Ce travail interrogeait la relation soignant-soigné en milieu hospitalier. L'analyse empirique a mis en évidence divers éléments liés à l'augmentation du volume de l'activité administrative à charge du personnel soignant et ce, au détriment de la relation soignant-soigné. Le travail des soignants tend à être réduit à sa part purement technique la plus standardisée possible aux dépens de toute dimension relationnelle pourtant indispensable à la qualité des soins. Ceci contribue à la déshumanisation du soin et la disparition du cadre collectif de travail. Sur le terrain, il a été mis en évidence que les outils informatiques ajoutaient une lourdeur administrative supplémentaire. Les personnels expliquaient que l'implémentation de nouveaux logiciels leur faisait parfois perdre du temps parce que, à titre d'exemples, certains médecins étaient plus rigoureux que d'autres, les erreurs de retranscription étaient fréquentes ou par la duplication des informations à plusieurs endroits du dossier.

Or, l'objectif du développement informatique en milieu hospitalier n'est-il pas justement de permettre aux soignants de gagner du temps et de limiter les événements indésirables liés aux soins ?

Il est une évidence que les TIC sont, de nos jours, devenues très présentes dans les soins. De la formation initiale des personnels à la généralisation en établissement de santé, l'outil informatique et toutes les applications numériques qui en découlent pour les professionnels et les patients façonnent, peu à peu, de nouvelles pratiques de soins.

Aussi, ayant pris conscience de l'intérêt politique croissant et des enjeux qui conduisent les hôpitaux à la transformation de leur système d'information, nous souhaitons, par ce travail, étendre notre recherche en interrogeant plus précisément l'utilisation des outils informatiques en milieu hospitalier.

C'est dans ce sens que s'inscrit notre problématique qui s'articule autour de la question centrale suivante : « De quelle manière l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé modifie les pratiques professionnelles des acteurs hospitaliers au sein du CHR de Verviers ? »

Pour étayer cette problématique, nous avons commencé par consulter différents ouvrages et articles scientifiques afin de présenter une revue de littérature mettant en évidence différents concepts qui nous permettent d'aborder les notions en lien avec notre question de recherche. La première partie de notre travail vise à contextualiser le sujet et le terrain de notre recherche. Dans la partie méthodologie sont détaillées les étapes suivies pour mener à bien ce travail. Ensuite, nous présentons les données récoltées du terrain. Dans la continuité, nous entamons une discussion par la mise en relation des données théoriques et empiriques qui permettent de confirmer, d'infirmer ou de nuancer les hypothèses formulées. La dernière partie constitue la conclusion de ce travail qui permet de mettre en évidence les points essentiels de notre recherche, de faire le point sur base d'une auto-évaluation du processus et, enfin, de présenter quelques pistes de recherches futures.

Nous émettons un certain nombre de limites à notre démarche. Une première objection est l'espace-temps qui est extrêmement réduit. En outre, nous avons été confronté au manque de disponibilité du personnel soignant parce que ce dernier devait faire face à une charge de travail importante qui l'empêchait souvent de nous consacrer le temps nécessaire à l'entretien.

De plus, une étude quantitative via un questionnaire aurait légitimé davantage notre travail. L'observation est aussi une perspective qui aurait probablement autorisé une compréhension plus fine des situations vécues sur le terrain et permis de confronter le discours des personnes interviewées à la réalité observée. Malheureusement, le rapport bénéfice/temps ne nous a pas permis de réaliser les observations souhaitées.

Enfin, la réalisation d'entretiens avec du personnel médical aurait pu nous permettre d'étendre les points de vue au-delà de ceux recueillis par le personnel soignant.



## **2. Mise en contexte**

Les déclarations politiques tournent autour d'un nouveau mode de gouvernance du secteur de la santé imposant aux établissements hospitaliers de développer, en dehors de leurs missions de soins, de nouvelles compétences managériales, financières et sociétales.

Dans ce chapitre, nous souhaitons apporter un regard sur la situation nationale du secteur des soins de santé et présenter le contexte socio-économique et politique qui pousse notre gouvernement à adopter réforme après réforme de nouvelles mesures pour réduire et rationaliser les dépenses publiques en soins de santé.

*Selon le dictionnaire Robert, une réforme est un changement profond apporté dans la forme d'une institution afin de l'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats. [...] Les réformes qui ont tenté d'adapter l'hôpital aux mutations de la société sont en effet intervenues dans des domaines très divers, touchant tant au financement qu'à l'organisation interne » (Vincent, 2005 : 49).*

Le financement des hôpitaux, basé sur l'activité justifiée, encourage à une meilleure rentabilité et productivité par la recherche d'une plus grande efficacité notamment dans l'amélioration du taux d'occupation des lits dans un contexte de concurrence inter hospitalière. *« L'établissement hospitalier doit s'organiser sur le modèle de la libre entreprise, celle du monde réel où la concurrence règne, et où la productivité, synonyme d'effort, est la valeur première » (Pénochet, 2008 : 717).*

Pour les mêmes raisons, des mesures gouvernementales sont prises pour réorganiser l'offre de soins en réseaux hospitaliers. Le site web de l'INAMI confirme qu'il s'agit d'une *« importante réforme stratégique qui doit amener davantage de qualité et d'efficacité des soins »*. *Cette réforme est indispensable, car ces dernières années, de plus en plus d'hôpitaux ont clôturé leurs comptes dans le rouge » (www.inami.fgov.be/réorganiser le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux : 2019).*

L'hôpital de demain doit faire face à de nouvelles attentes parce que l'Etat mise aussi sur les technologies de l'information et de la communication en encourageant l'informatisation des hôpitaux via notamment l'adoption du plan *e-Santé* pour rationaliser les dépenses publiques des soins de santé.

C'est dans ce contexte sociétal que notre travail de recherche s'intéresse au déploiement du dossier infirmier informatisé en unités de soins au sein du CHR de Verviers.

### **2.1 Le contexte socio-économique et politique des soins de santé**

Selon Maggie De Block, ministre de la Santé publique, le paysage hospitalier doit être réformé d'urgence. D'une part, les besoins des patients ont évolué et, d'autre part, chaque année, un plus grand nombre d'hôpitaux clôturent leurs comptes dans le rouge. Cela sans compter la nécessaire maîtrise des dépenses en soins de santé de par le constat de la croissance des dépenses publiques dans ce domaine en raison notamment du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et de l'évolution des technologies médicales.

L'actualité confirme à suffisance que le secteur hospitalier est en crise et confronté depuis toujours à une complexité de gestion de plus en plus grande avec l'obligation de l'équilibre financier.

La mondialisation de l'économie et la globalisation des marchés imposent aussi de nouvelles formes d'organisation et de management avec de nouvelles méthodes de gestion plus efficaces. « *Les pratiques de management traditionnelles s'essoufflent et ne sont plus suffisamment efficaces face aux enjeux économiques* » (Dejoux, 2016 : 6). L'hôpital se doit de devenir une organisation performante où l'ensemble des acteurs sont responsabilisés.

La recherche de la performance économique, tout comme la nécessité de maîtriser les dépenses publiques voire de les réduire, sont des principes qui ne font plus l'objet de débats et sont admis comme allant de soi au sein de l'organisation hospitalière. Cette performance économique passe par le développement de l'informatique hospitalière qui semble constituer une des réponses aux défis auxquels les hôpitaux doivent faire face.

## **2.2 Obligation légale : Plan national *e-Santé***

Nous venons de mettre en évidence le fait que la culture numérique s'est imposée et s'étend désormais au domaine de la santé. La transition des hôpitaux vers le numérique est devenue un axe prioritaire du gouvernement fédéral pour assurer l'évolution de notre système de santé vers un modèle pérenne et performant.

En effet, les ministres compétents en matière de santé se sont engagés en octobre 2015 à mettre en œuvre le plan *e-Santé* 2015-2018, version actualisée du plan 2013-2018. Le 28 janvier dernier, un nouveau plan d'action 2019-2021 a été adopté pour marquer l'engagement à poursuivre la transformation digitale des soins de santé en Belgique.

Ce plan dresse les actions à réaliser et les objectifs à atteindre dans vingt domaines différents. Son deuxième point d'action est consacré au dossier patient informatisé hospitalier (DPI). Il est important de souligner que ce point d'action est un des éléments les plus conséquents en termes d'investissements à court terme pour les hôpitaux.

Fin 2016, chaque hôpital a dû approuver un plan opérationnel informatique pluriannuel et mettre au point une structure de gouvernance afin de garantir l'implémentation DPI.

Compte tenu du fait qu'un nombre important d'hôpitaux belges ne disposent pas encore d'un réel DPI intégré et continuent à utiliser différentes applications de façon plus ou moins performante, la ministre De Block a souhaité lancer un programme accélérateur du développement et de l'implémentation d'un DPI dans tous les hôpitaux du pays afin de rencontrer l'objectif du gouvernement avec à la clef des incitants financiers que nous détaillons dans le point suivant relatif au financement des hôpitaux.

Sur le terrain, les hôpitaux se disent confrontés à de nombreuses difficultés qui se traduisent d'une part, par un manque de clarté dans l'information transmise par le gouvernement et, d'autre part, par des efforts budgétaires appréciables mais néanmoins insuffisants pour la mise en œuvre du DPI conforme aux attentes et aux ambitions du gouvernement fédéral.

### 2.3 Le financement des hôpitaux

Les différents éléments de contextualisation précédemment évoqués nous amènent à nous intéresser au financement des hôpitaux. Ce dernier a été fondamentalement modifié depuis 2002 pour se baser sur l'activité justifiée<sup>1</sup> plutôt que sur l'activité réelle. Le financement d'un séjour s'appuie sur une durée de séjour normative, à savoir la durée moyenne de séjour pour la pathologie concernée au niveau national.

Aujourd'hui, comme nous l'avons déjà signalé, les autorités publiques contestent les dépenses et comparent les coûts des pathologies dans les différents hôpitaux pour en faire des classements qualitatifs contestables et aléatoires.

En effet, de nombreux mécanismes ont été instaurés par le SPF Santé Publique pour favoriser la réduction de la durée du séjour hospitalier et pénaliser les hôpitaux non performants en matière de dépassement de la durée moyenne de séjour nationale par pathologie. C'est ainsi qu'à partir de 2002, chaque lit hospitalier a dû être justifié en fonction de cette donnée et en cas de non justification n'a plus été financé.

Le domaine du financement des hôpitaux belges est complexe et repose sur diverses sources dont le Budget des Moyens Financiers (BMF). La notion de BMF a été introduite par arrêté royal du 25/04/2002. Ce budget, subdivisé en trois grandes parties A, B et C couvre en partie les frais liés au fonctionnement général de l'hôpital. Il s'agit d'une enveloppe nationale annuelle fermée qui fixe un budget pour chaque hôpital, composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Dès lors, un accroissement de l'activité d'un hôpital n'entraîne une augmentation de son financement que si les autres hôpitaux ne développent pas leur activité dans la même proportion. Ce budget a été conçu pour répartir équitablement les ressources entre les hôpitaux tout en assurant la maîtrise des coûts hospitaliers. Ce mode de financement repose sur une série d'indicateurs et de règles en constante évolution. A l'avenir, le financement sera de plus en plus lié à la qualité et à la précision des informations contenues dans le dossier patient. C'est pourquoi les hôpitaux doivent avoir des systèmes d'information performants qui vont leur permettre de recueillir, traiter et synthétiser l'information médicale. Des financements complémentaires - via la sous-partie B2 du BMF - sont octroyés via les données infirmières du DI-RHM qui évaluent le volume de l'activité infirmière. Ces données sont enregistrées quatre fois par an pendant quinze jours dans tous les hôpitaux généraux du pays. C'est ainsi que le DI-RHM donne une image de l'activité des soins infirmiers et permet l'élaboration du classement des hôpitaux. Nous cernons mieux l'importance de l'encodage des données dans le dossier infirmier et ses implications en termes de financement. Nous reviendrons ultérieurement sur le rôle de l'informatisation du dossier infirmier dans l'extraction des données DI-RHM.

Comme nous l'avons précisé supra, des moyens supplémentaires ont été libérés afin de soutenir les hôpitaux à implémenter un dossier patient informatisé par le biais du BMF. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, un budget destiné à l'accompagnement de la mise en œuvre progressive du DPI dans les hôpitaux est mis en place par l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif au BMF. Il s'agit d'un budget supplémentaire récurrent de quarante-millions-deux-cent-mille euros venant s'ajouter aux seize-millions-

---

<sup>1</sup> L'activité justifiée est déterminée pour chaque hôpital suivant un *case mix* représentant le nombre et le type d'admissions de l'hôpital. Un nombre de jours justifiés est attribué à chaque séjour sur base de la durée de séjour moyenne nationale.

deux-cent-mille euros déjà réservés aux projets TIC dans le BMF. Une somme totale de cinquante-six-millions-quatre-cent-mille euros est donc répartie entre les hôpitaux afin de leur permettre d'atteindre les objectifs visés. Ce financement est repris dans la sous-partie B4 du BMF et se divise en trois parties : le socle, le budget accélérateur et le budget *early adopter*. L'intention du fédéral est de répartir, chaque année, la totalité du budget de cinquante-six-millions-quatre-cent-mille euros entre les hôpitaux qui atteignent les objectifs. Si un hôpital ne remplit pas les conditions, le budget est redistribué entre les autres hôpitaux qui, eux, répondent aux conditions.

Pour diminuer les dépenses publiques en santé, il va de soi que les ressources du BMF ont tendance à diminuer d'année en année ; c'est pourquoi, les hôpitaux doivent accroître leur activité pour obtenir des ressources financières identiques à l'année précédente. En conséquence, la pression s'accroît et on assiste à une réelle concurrence entre institutions hospitalières.

## 2.4 L'hôpital face à de nouvelles attentes

Nous avons vu que le domaine de la santé n'échappe pas aux évolutions et l'accès à l'information s'impose comme un enjeu déterminant dans l'évolution du système de soins. « *Ce mouvement d'informatisation des soins de santé en Belgique, mais aussi à l'étranger, est une réponse apportée par les acteurs à l'impératif économique* » (Slomian, 2012 : 13).

Nous constatons effectivement que la modernisation des outils informatiques dans les structures hospitalières ont acquis une importance stratégique et économique croissante parce que les hôpitaux qui ont choisi de mettre en œuvre des solutions utilisant les nouvelles technologies contrôleraient mieux leurs dépenses et auraient une meilleure productivité que les hôpitaux qui n'ont pas adopté cette stratégie.

A titre exemplatif, le DPI intégré permettrait d'envisager une meilleure rotation des patients et donc une réduction de la durée de séjour hospitalier avec un meilleur taux d'occupation des lits.

Selon Nobre, la pratique médicale hospitalière est, à l'heure actuelle, marquée par deux évolutions fondamentales dont les effets se cumulent pour perturber le mode de fonctionnement traditionnel. La première concerne l'introduction massive de la technologie, la seconde porte sur la durée de séjour (Nobre, 1998 : p.127).

L'utilisation des TIC s'inscrit donc dans une profonde approche novatrice avec un impact fort sur l'organisation des soins.

Par ailleurs, l'évolution des technologies médicales et des pratiques professionnelles s'inscrit dans un environnement de plus en plus spécialisé, nécessitant que les professionnels de la santé actualisent régulièrement leurs compétences. Il est prévu une forte mobilisation des acteurs pour les sujets liés à la stratégie numérique en santé et notamment la connaissance et l'utilisation des systèmes d'information à la gestion des parcours de soins.

Ces réalités montrent un contexte hospitalier en mutation et de complexification, l'environnement hospitalier s'inscrivant dans une dynamique de changement permanent.

Par conséquent, l'outil, objet de notre recherche, ne serait pas la cause du changement mais traduirait un changement imposé par l'environnement. Françoise Gonnet et Sylvie Lucas, auteures de l'ouvrage « *L'hôpital en question* », confirment que les grands bouleversements qui affectent le système hospitalier sont liés à « *l'ouverture volontaire ou forcée de l'hôpital sur son environnement* » (Gonnet et Lucas, 2003 : 170).

Autissier et Moutot nous disent que « *le changement vise à repositionner l'organisation dans un environnement ayant lui-même changé* » (Autissier et Moutot, 2015 : 6).

Nous comprenons mieux les raisons pour lesquelles nous sommes amenées à nous questionner sur les impacts de ces changements sur les pratiques organisationnelles au sein d'une institution hospitalière.

### **3. Le CHR de Verviers**

#### **3.1 Historique**

Le CHR de Verviers est constitué en association intercommunale depuis 1993. L'année 2015 fut, pour le CHR de Verviers, une année charnière avec un nouveau nom (anciennement « CHPLT »), une nouvelle identité visuelle et un nouveau site internet modernisé à l'image d'une institution qui se porte mieux financièrement. En effet, les efforts d'économie et de rationalisation ont porté leurs fruits puisque 2015 a été la troisième année consécutive durant laquelle le CHR dégage un bénéfice significatif après plusieurs années de déficit.

La direction reste vigilante et prudente en ne perdant pas de vue, notamment, les différentes mesures de réduction des moyens financiers hospitaliers déjà annoncés à l'époque.

En termes d'offres de soins, le CHR de Verviers détient deux sites principaux, le site Peltzer et le site La Tourelle ainsi que deux polycliniques décentralisées sur Aubel et Spa pour davantage de proximité avec ses patients. Au-delà, le CHR de Verviers, c'est trois-cent-septante-six lits agréés pour l'hospitalisation aiguë classique et soixante lits de revalidation. Il se positionne en tant qu'hôpital régional public de référence pour l'arrondissement de Verviers. Fort de la collaboration de plus de deux-cent-cinquante médecins, il offre une gamme de soins complète pour les patients de l'arrondissement, soit deux-cent-nonante-mille habitants. S'agissant d'un hôpital général, la configuration hospitalière du CHR de Verviers se traduit par de nombreuses unités d'hospitalisation de différentes spécialités : Médecine, Chirurgie, Pédiatrie, Maternité, etc.

Les orientations prises, ces dernières années, par le CHR de Verviers démontrent sa capacité à relever les défis qui s'imposent à lui dans un contexte contraint financièrement et en pleine mutation.

Comme nous l'avons énoncé dans ce travail, l'annonce de la réforme du paysage hospitalier belge porte entre autres sur la gouvernance et la rationalisation des institutions et sur leur financement direct.

C'est dans ce contexte que le CHR de Verviers a décidé de marquer sa volonté de s'adapter à son nouvel environnement et de créer un réseau de technologies répondant aux besoins de l'institution et de ses utilisateurs. Pour objectiver sa volonté, l'hôpital a commencé par faire appel à une société externe pour réaliser un audit sur ses points forts, ses faiblesses, ses menaces et ses opportunités.

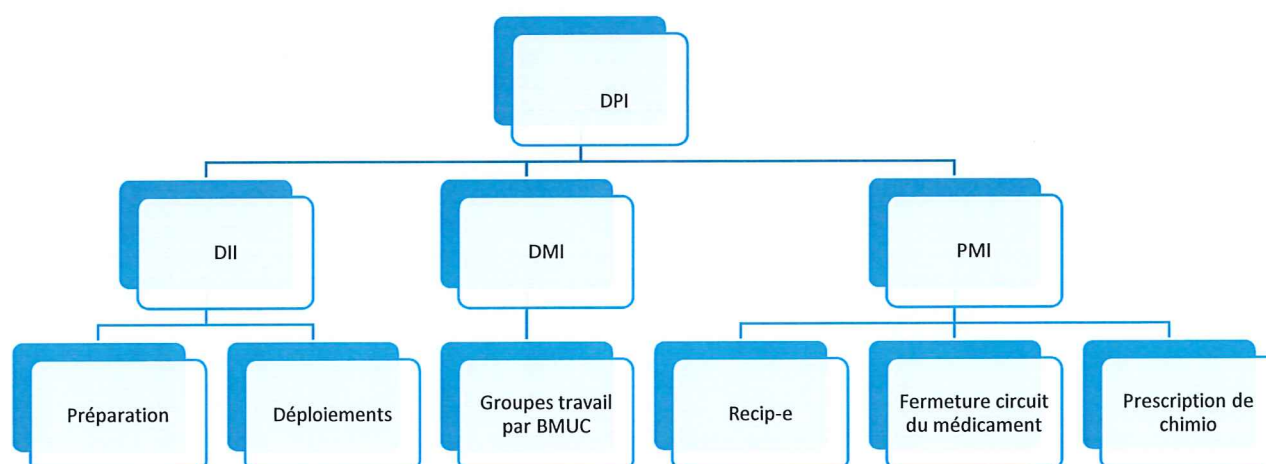
Le travail a démarré par le lancement d'un nouveau plan stratégique dont un de ses axes prioritaires est dénommé « Hôpital numérique ». Cet axe vise à moderniser, standardiser et assurer l'interopérabilité des systèmes informatiques de l'hôpital pour permettre de négocier les enjeux liés à la digitalisation des processus cliniques, administratifs et de gestion.

En ce sens, le CHR a développé une stratégie digitale proactive se basant principalement sur le second point d'action du plan *e-Santé* incluant un dossier patient informatisé, une interopérabilité des logiciels pour assurer la fiabilité des informations et l'efficacité des modes de travail, la volonté de créer un hôpital zéro papier, l'utilisation des TIC comme élément dans le développement des nouvelles modalités de prise en charge et une présence proactive sur les réseaux sociaux comme nouvelle porte d'entrée pour les patients.

### 3.2 Le Dossier Patient Informatisé

Pour cerner l'informatisation du dossier infirmier, objet de notre recherche, nous devons aussi aborder celle du dossier patient informatisé. Le CHR de Verviers suit l'évolution de l'informatisation hospitalière par l'étude de l'implémentation d'un DPI intégré suivant les directives imposées par le SPF Santé Publique (Plan *e-Santé*). Ce DPI devra répondre à plusieurs critères (BMUC) ainsi qu'à une structure précise. Ces critères BMUC sont définis par le gouvernement fédéral et permettent de déterminer ce qui doit ou non être inclus dans un DPI intégré. Il permettra le partage sécurisé des données nécessaires au suivi du patient, avec d'autres institutions et les praticiens externes.

Au sein du CHR de Verviers, le DPI est un méta objectif qui se décline en trois projets stratégiques et prioritaires dont le premier est l'informatisation du dossier infirmier. L'organigramme ci-dessous nous montre entre autres que l'information du DII passe par deux phases, une première de préparation du projet et une seconde de déploiement de l'outil.



Afin de gérer au mieux cette transition, l'hôpital a décidé de scinder sa stratégie sur deux niveaux de temporalité différents. Dans un premier temps, l'hôpital se base sur une stratégie à court et moyen terme qui permettra au projet DPI d'atteindre un maximum de fonctionnalités imposées par le gouvernement. Dans un second temps, la stratégie à plus long-terme vise à l'acquisition d'une solution logicielle intégrée.

Actuellement, le DPI est l'agrégat de modules « maison » et de modules achetés auprès de la firme Xperthis. En 2009, l'hôpital a décidé de recourir à un prestataire de logiciels et de services externe pour la mise en route d'un dossier infirmier informatisé. La société Xperthis (anciennement dénommée Polymedis) a remporté le marché et un premier projet a vu le jour. Pour des raisons internes, le CHR de Verviers a décidé de mettre fin au projet en décembre 2011, malgré les investissements consentis à l'époque. En 2013, le débat est relancé à un niveau plus global : les réflexions commencent à se tourner non plus vers la seule nécessité de mettre en place un dossier infirmier informatisé mais bien un dossier patient intégré pour répondre aux exigences fédérales.

Un accord a pu être trouvé avec la société Xperthis pour relancer le projet. Dans un premier temps, il s'agira de privilégier les options qui étaient à l'époque proposées dans l'offre de Polymedis/Xperthis, à savoir la prescription médicale informatisée (PMI). En 2017, la prescription a donc été implémentée avec succès dans toutes les unités de l'hôpital, exception faite des soins intensifs, selon la technique du « *Big Bang* ». Avec un déploiement en « *Big Bang* », l'ensemble des utilisateurs passent simultanément au nouveau système.

Pour ce faire, une équipe projet DPI a été constituée. Elle s'est, dans un premier temps, occupée de paramétrer la PMI puis le dossier infirmier et le dossier paramédical dans la suite logicielle *bDoc*, devenue aujourd'hui *Xcare*.

Au final, le CHR de Verviers aura, depuis 2009, investi un peu plus d'un-million-cinq-cent-mille euros dans le DPI. À cela s'ajoute les montants budgétés pour les années 2018-2019-2020 qui, cumulés, représentent approximativement quatre millions d'euros.

La finalité poursuivie par le projet est double. D'une part, il s'agit d'accélérer l'informatisation du dossier patient via le basculement de certains dossiers papier vers un format électronique (dossier infirmier, dossier paramédical) et, d'autre part, de renforcer l'intégration des logiciels qui participent au Dossier Patient Informatisé.

L'objectif principal est d'atteindre, au 31/12/2019, les fonctionnalités telles que décrites dans l'annexe 19 de l'Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif au BMF.

Le CHR de Verviers se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins concernant le DPI. Il va devoir se positionner sur l'acquisition d'un logiciel intégré alors même que la question des réseaux hospitaliers n'est pas tranchée sur Verviers et que l'on sait que cette variable sera probablement déterminante pour l'avenir du dossier. En effet, si, à terme, les réseaux hospitaliers devaient décider de mettre en commun leur DPI, nul doute, que l'appartenance à tel ou tel réseau devrait influencer le choix d'une solution sur une autre.

### **3.3 Le Dossier infirmier devient informatisé**

#### **3.3.1 Avancement du projet**

Comme expliqué ci-dessus, le dossier infirmier informatisé utilisé actuellement par le CHR de Verviers est un module acquis auprès de la société Xperthis.

En termes de méthodologie d'implémentation, l'hôpital a opté pour une implémentation du dossier infirmier par phases et non pas par « *Big Bang* » (contrairement au déploiement de la PMI). La réalisation d'une implémentation « *Big Bang* » aurait demandé des ressources humaines dont l'hôpital ne dispose pas, notamment pour former les utilisateurs au logiciel *Xcare*.

Après une phase de préparation durant l'année 2017 et début 2018 (première phase), le déploiement du dossier a démarré dans les unités de soins en 2018 (seconde phase). Le dossier infirmier a commencé par être implémenté dans un secteur pilote, la gériatrie, en mai-juin 2018. L'ensemble du secteur gériatrique a été le premier à être équipé en DII. L'implémentation s'est poursuivie dans les deux services de réhabilitation du site Peltzer, le service de gastro-entérologie, de cardiologie et de neurologie. L'unité de neurologie a été la dernière à être implémentée et a donc pu bénéficier des expériences précédentes.



Pour permettre ce déploiement en cascade, l'équipe projet DPI, constituée initialement pour le développement de la PMI, s'est concentrée en 2018 sur le déploiement du DII. L'équipe projet du DPI est constituée de personnel interne. Il s'agit d'infirmiers – dénommés les *key users* – qui paramètrent le logiciel *Xcare* pour qu'il réponde aux attentes des infirmiers de terrain. Pour s'assurer de la réussite du projet, l'équipe DPI s'est agrandie et compte maintenant sept *key users* qui ont jusqu'à présent formé pas moins de deux-cent-soixante-six personnes.

Une personne responsable de l'équipe des paramétreurs a aussi été désignée. Cette dernière est fort impliquée aussi dans le processus d'implémentation en tant que facilitateur dans les unités et forcément mandatée par la direction du département infirmier comme représentante du département infirmier dans le travail quotidien au niveau du DPI.

En outre, le parc informatique et le wifi ont été renforcés dans toutes les unités déployées. Actuellement, un projet d'extension de la couverture wifi est en cours. Ce projet est évidemment en forte interdépendance avec le projet DPI dans sa globalité. De nouveaux ordinateurs « *all in one* » plus performants ont été achetés et distribués équitablement dans les unités. Cette acquisition a, notamment, été réalisée pour résoudre les problèmes de batteries rencontrés avec les précédents ordinateurs. Le personnel soignant a aussi été conscientisé aux pannes et bugs informatiques et une procédure d'urgence en cas de coupure informatique a été rédigée et mise à la disposition des utilisateurs.

La phase déploiement s'organise sur une durée de deux à trois semaines par unité. Un accompagnement des paramétreurs est prévu sur le terrain de 7h à 22h. Donc, un paramétreur est systématiquement présent la première semaine pendant la pause du matin et de l'après-midi. La deuxième et la troisième semaine, les paramétreurs sont toujours disponibles mais ne sont plus présents sur le terrain. Une *helpline* a été instaurée pour que, à tout moment de la journée, les soignants puissent faire appel aux paramétreurs pour n'importe quelle question. Durant cette phase, les utilisateurs finaux et les *key users* veillent à améliorer en continu le paramétrage du DII. L'équipe projet se réunit quotidiennement avec l'infirmier en chef de l'unité déployée afin de débriefer la journée sur le principe du « *stand up meeting* ».

D'autres dispositions ont également été prises. Par exemple, la première semaine du déploiement, les équipes soignantes sont renforcées pour être plus nombreuses dans les trois pauses. Un groupe de super-utilisateurs a été créé dans toutes les unités informatisées. Ce groupe est constitué de personnes qui ont une réelle fibre informatique et qui comprennent bien le fonctionnement du dossier. Ils ont reçu une formation intensive en vue d'être capables de venir en aide à leurs collègues en cas de difficultés.

Le personnel de l'équipe volante a aussi été formé plus intensivement à l'utilisation du DII. Il s'agit généralement de travailleurs qui disposent d'une bonne expérience du milieu hospitalier. L'équipe volante ou mobile a pour but de remplacer les postes temporairement dépourvus de leur titulaire, et donc de satisfaire aux besoins découlant d'un fardeau temporaire de tâches dans une unité déterminée.

L'équipe DPI prépare actuellement l'arrivée du dossier infirmier informatisé dans les services de chirurgie. Les unités de chirurgie seront les dernières à être implémentées car la prise en charge des patients est spécifique. La diminution des durées de séjour impose un turnover important de patients, qui sont le plus souvent en phase aigüe avec une prise en charge et une attention plus intensive. Les services de chirurgie disposent de plus d'appareillages et de technologies relevant du secteur de chirurgie et qui n'ont

pas encore pu être paramétrés dans le logiciel. Ce sont toutes des spécificités propres à la chirurgie dont il faut tenir compte pour le paramétrage du logiciel. L'objectif est de généraliser l'informatisation du dossier infirmier pour fin 2019.

### 3.3.2 Méthodologie dans la gestion du projet et du changement, la méthode « Agile »

En termes de méthodologie, la direction de l'hôpital a privilégié une méthodologie mixte alliant d'une part, la gestion de projet traditionnelle dite « en cascade » pour les séquences de préparation aux déploiements et, d'autre part, la méthode de l'agilité pour les séquences de déploiements en tant que telles.

Selon la cheffe de projet, cette méthodologie en cascade convient particulièrement bien à ces séquences puisqu'elles doivent être fortement cadrées. En effet, la méthode en cascade consiste à suivre une succession d'étapes précisément prédéfinies de façon séquentielle où tout est prévu dans le moindre détail. Une check-list a été réalisée permettant à l'équipe projet de n'oublier aucune étape.

En ce qui concerne le déploiement, c'est le principe de l'agilité qui a été retenu. « *L'agilité est synonyme de légèreté, souplesse, vivacité. [...] C'est un mode opératoire qui permet de réussir la transformation numérique* » (Dejoux, 2016 : 96). Selon les auteurs Autissier et Moutot, il s'agit d'une nouvelle méthode de gestion en projet informatique qui vise l'amélioration continue et la rapidité d'exécution en constituant une organisation mêlant des utilisateurs finaux, des personnes qui ont la maîtrise de l'outil, des personnes qui ont la maîtrise du terrain et un chef de projet qui s'assure de l'implémentation et du bon développement de l'outil. Ce processus est celui épousé par la direction de l'hôpital.

Selon la cheffe de projet, l'inclusion de l'agilité, dans un projet par ailleurs très cadré, offre la souplesse nécessaire pour réajuster le logiciel à des besoins infirmiers qui n'auraient pas pu être anticipés lors de la phase de pré-déploiement qui consiste plutôt en un travail de paramétrage et d'élaboration de formulaires.

En ce qui concerne l'implication des utilisateurs, il a été constaté que les bénéficiaires du changement souhaitent être acteurs et vivre l'expérience du changement pour mieux le comprendre et l'intégrer de manière durable.

En termes de gestion du changement, l'agilité donne également la possibilité aux utilisateurs de terrain d'avoir réellement prise sur le contenu du dossier infirmier et de co-construire avec l'équipe DPI un outil qui leur soit adapté.

## **4. Méthodologie**

### **4.1 De la question de départ à la question de recherche**

La question de départ a été la première question que nous nous sommes posés et a été formulée de la manière suivante : « De quelle manière l'implantation d'un dossier infirmier informatisé influence les pratiques organisationnelles et les interactions entre les acteurs hospitaliers au sein du CHR de Verviers ? »

Les lectures et les entretiens que nous avons menés ont mis en lumière divers éléments grâce auxquels la question s'est centrée sur les pratiques professionnelles au regard de l'implémentation de l'outil. De quelle manière s'implémente l'outil ? Quels en sont les usages ? Comment les acteurs s'adaptent-ils ? Pour quelle raisons l'outil est-il contourné ? Par quelles catégories professionnelles ?

Nous avons privilégié au départ la question du contrôle, que nous pensions être un vecteur clef mais qui s'est avérée moins pertinente au fil des entretiens. En effet, l'analyse des informations recueillies dans le cadre de notre recherche n'a pas démontré que l'informatisation du DII a renforcé le contrôle. Toutefois, une plus grande traçabilité et visibilité des pratiques a démontré une prise de conscience et une attention particulière par rapport aux usages que les individus font de l'outil. Cette visibilité ne modifie pas le sens des responsabilités des travailleurs (les responsabilités sont identiques à celles précédant l'informatisation du dossier infirmier) mais marquent probablement une certaine volonté des responsables à leur permettre, le cas échéant, une surveillance des pratiques soignantes en lien d'une part, avec la qualité de remplissage des dossiers infirmiers et d'autre part, avec le respect du règlement général sur la protection des données relative à la consultation des dossiers des patients.

La question de recherche suivante a donc été formulée : « De quelle manière l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé modifie les pratiques professionnelles des acteurs hospitaliers au sein du CHR de Verviers ? »

En effet, les pratiques professionnelles suggèrent un travail d'analyse sur les situations telles que rapportées par les entretiens. Cette question préserve aussi l'idée de l'interaction sans occulter d'autres notions plus larges de pratiques qui vont nous permettre d'exploiter le cadre théorique.

Cette question de recherche formalisée, nous avons procédé à la formulation des trois hypothèses suivantes.

D'emblée, nous ne pouvions, dans le choix de nos hypothèses, écarter la question de l'ordre négocié de Strauss parce que ce concept a rapidement émergé du terrain et de nos lectures. L'implémentation d'un nouvel outil informatique modifie l'organisation de travail et bouscule son ordre négocié. Il met l'accent sur une négociation perpétuelle pour contourner l'outil et retrouver l'ordre social. « L'implémentation du dossier infirmier informatisé modifie l'ordre négocié au sein de l'organisation hospitalière » est notre première hypothèse (H1).

La seconde hypothèse s'intéresse à la division du travail. Les entretiens ont mis en évidence une division du travail davantage formalisée et accentuée. Cette troisième hypothèse est formulée comme suit : « L'implémentation du dossier infirmier informatisé modifie la division du travail entre les infirmières et les aides-soignantes » (H2).

Les entretiens ont aussi mis en évidence une diversité des pratiques au sein de la catégorie professionnelle infirmière en lien, entre autres, avec le niveau de maîtrise du logiciel et de ses fonctionnalités. Nous avons décidé de formuler l'hypothèse suivante : « L'utilisation du dossier infirmier informatisé diffère au sein de la catégorie professionnelle des infirmières » (H3).

## 4.2 Terrain de recherche

Le choix de cette recherche au CHR de Verviers s'explique par le fait qu'il s'agit de notre environnement professionnel. Il est vrai que nous avons été sensibilisés aux choix stratégiques de gestion par la position que nous occupons en tant qu'attachée à la direction générale. L'informatisation du dossier infirmier en milieu clinique est induite par un contexte général et un environnement qui impliquent des modifications plus globales à venir au sein des institutions hospitalières. Cette problématique nous permet ainsi d'aborder une contextualisation des politiques publiques actuellement très présentes dans les débats publics, sujet pour lequel nous marquons un intérêt particulier.

Dans le cadre de notre recherche, nous souhaitons plus particulièrement suivre le service de neurologie dont l'infrastructure offre une capacité de 24 lits. L'équipe soignante est composée d'une infirmière en chef, de 12,55 ETP infirmiers, de 2,50 ETP aides-soignantes et de 1 ETP assistante logistique, soit un total de 16,05 ETP. Le cadre médical de cette unité est constitué de neuf médecins.

Le choix de cette unité de soins s'explique d'une part parce que l'implémentation a coïncidé avec le démarrage de notre travail de recherche et, d'autre part, par le fait parce qu'il s'agit d'une unité qui avait déjà connu, en 2011, une première expérience infructueuse en termes d'implémentation de dossier infirmier informatisé. On pouvait dès lors craindre une plus grande réticence du personnel tant médical que soignant vis-à-vis de l'implémentation du dossier infirmier informatisé.

Par la suite, nous avons décidé d'étendre le champ de notre recherche au secteur de la gériatrie. D'une part, parce que la charge de travail infirmière de l'unité de neurologie ne nous a pas permis d'avoir suffisamment d'informateurs disponibles pour mener à bien nos entretiens. Nous avons dès lors dû envisager d'étendre le panel de nos informateurs. D'autre part, le secteur gériatrique a été le premier à être implémenté avec un dossier infirmier informatisé en mai-juin 2018. Cette implémentation étant la plus ancienne, elle va nous permettre d'avoir plus de recul face au changement des pratiques professionnelles.

Au sein des services de gériatrie sont répartis 77 lits d'hospitalisation. L'équipe soignante est composée de trois personnes pour assurer la fonction d'infirmière en chef, de personnel infirmier à concurrence de 34,02 ETP, d'aides-soignants pour 7,59 ETP et d'assistants logistiques pour 2,27 ETP ; soit un total de 46,88 ETP. Le cadre médical est constitué de cinq médecins et trois assistants.

Les équipes médicales sont constituées de médecins spécialistes en neurologie et en gériatrie. Un médecin chef est désigné par spécialité. Il est responsable du fonctionnement de son service ainsi que de l'organisation et de la coordination de l'activité médicale conformément au règlement médical de l'hôpital. Au vu de ces données, nous constatons que les médecins sont en plus petit nombre que le personnel soignant des unités. L'orientation du service est principalement centrée sur la production de soins en fonction du type de maladie relevant de la spécialité.

Il nous semble opportun d'apprécier le dossier du patient en tant qu'instrument indispensable pour la qualité des soins. En ce sens, l'article 38 du Code de déontologie médicale dispose que le médecin doit, en principe, tenir un dossier médical pour chaque patient. En vertu de l'article 6, 4°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987, le médecin-chef doit veiller à ce que les mesures nécessaires soient prises tant en vue d'ouvrir un dossier médical que de le conserver.

La constitution d'un dossier infirmier relève de la responsabilité du chef du département infirmier (article 17quater de la loi sur les hôpitaux). Cependant, le dossier du patient se compose du dossier médical et du dossier infirmier ensemble.

L'organisation médicale dans un service de médecine traduit une présence médicale plus forte que dans une unité de chirurgie.

Dans les deux unités étudiées, le personnel soignant assure une continuité des soins 24h/24 selon une organisation des horaires en trois pauses. Le personnel de jour se répartit en deux équipes pour couvrir la plage horaire de 7h à 22h00 : celle du matin (de 7h à 15h) et celle de l'après-midi (de 15h à 22h). Ces deux équipes ont un temps de chevauchement en milieu de journée. Le même personnel assure les horaires du matin et de l'après-midi.

La fonction d'infirmière en chef est tenue à un horaire administratif de 8h30 à 16h30 afin d'assurer sa présence aussi bien pour l'équipe du matin que pour celle de l'après-midi.

Tant les équipes soignantes que médicales sont concernées par l'implémentation de l'outil. Elles ont toutes été formées à l'utilisation du DII par l'équipe du DPI. Sur le terrain, c'est le personnel soignant qui est amené à encoder. L'utilisation qui en est faite par le personnel médical se limite à la consultation des dossiers infirmiers afin de prendre connaissance des informations nécessaires dans le cadre de la prise en charge du patient.

### **4.3 Le dispositif méthodologique**

Nous avons utilisé une méthode de recherche qualitative basée sur une approche abductive. Cette approche suppose des allers-retours entre le terrain et la théorie afin de mieux cerner le terrain dans sa dimension réelle avec mise en perspective des données recueillies grâce aux lectures. Dans un premier temps, nous avons réalisé six entretiens exploratoires qui ont duré approximativement une heure. Puis, nous avons orienté notre recherche vers des entretiens de fond. Ces entretiens ont duré entre une heure et une heure trente. Il s'agit d'entretiens de type semi-directif.

Les entretiens exploratoires se sont déroulés de manière très souple et très ouverte pour nous permettre de structurer une première fois notre terrain de recherche et trouver des idées d'hypothèses. Les entretiens de fond ont été plus directifs avec des questions plus précises. Nous pensons utile de préciser que nous avons mis un point d'honneur à tenter de respecter le principe de neutralité. Nous avons choisi des entretiens enregistrés afin de n'interpréter aucune des réponses par des notes synthétiques. Nous avons bien entendu, mentionné cet enregistrement et n'avons rencontré aucune réticence à notre demande. Cette méthode a également favorisé la discussion et le contact direct.

Nous avons garanti à nos informateurs le respect de l'anonymat. Par conséquent, nous ne mentionnons pas l'identité des personnes interrogées. Nous nous limiterons, le cas échéant, à indiquer les éléments nécessaires à la compréhension des situations.

Les entretiens ont tous été menés au CHR de Verviers dans des bureaux mis à disposition par le personnel d'encadrement. Quant au guide d'entretien, il a regroupé diverses thématiques, notamment : informations personnelles, parcours professionnel, description de la fonction, organisation du travail, connaissances informatiques, valeur professionnelle, utilisation de l'outil, relations professionnelles entre les différentes catégories, autonomie et responsabilités, etc. Nos guides ont bien entendu évolué au fil des entretiens.

#### **4.4 Le choix des informateurs**

Nous avons choisi des informateurs avec des profils diversifiés pour privilégier la multiplicité des points de vue et nous permettre d'avoir des personnalités diverses présentant une relation au travail et une perception différente au changement.

Ces personnes se distinguent par leur âge, leur expérience, leur affectation, leur profil de fonction et leur niveau dans la hiérarchie.

Les informateurs rencontrés appartiennent à deux groupes distincts. D'une part, les protagonistes du projet et, d'autre part, les usagers du dossier infirmier informatisé.

Ces personnes comptabilisent aussi des anciennetés au sein du CHR de Verviers très diverses, allant de quelques mois à plusieurs années.

Nous avons interrogé la cheffe de projet, la responsable des *keyusers* formant la cellule DPI, un *keyuser*, huit infirmières et quatre aides-soignantes. Au total, 15 personnes ont été rencontrées. Nous retrouvons en annexe le tableau récapitulatif de nos informateurs.

## 5. Cadre théorique

Une fois les éléments de contextualisation posés, nous sommes en mesure d'aborder le cadre théorique de notre recherche qui permettra de définir et discuter les concepts centraux mobilisés.

En premier lieu, nous abordons une sociologie de l'organisation hospitalière en nous basant sur les apports de Anselm Strauss pour analyser les groupes professionnels et examiner de quelle manière, au travers d'une négociation entre les différents groupes professionnels, l'utilisation de l'outil permet de modifier les pratiques professionnelles.

Dans « *Le regard sociologique* », Hughes présente un chapitre intéressant pour notre analyse sur la division du travail lequel nous permettra de nous attarder sur les impacts au niveau de la hiérarchie sociale au sein des différentes catégories professionnelles à l'œuvre.

Ensuite, l'approche de Crozier et Friedberg centrée sur les jeux d'acteurs et les rapports de pouvoir en tant que relation entre des acteurs représente un autre élément pertinent d'analyse. La configuration de l'hôpital et sa complexité organisationnelle permettent à des groupes professionnels de s'attribuer une place prépondérante dans le système de pouvoir. Notre recherche sera aussi de nous rendre compte de l'individualisation du contrôle des pratiques professionnelles au regard d'un collectif qui se décompose en une multiplicité d'individualités.

Nous voyagerons en nous inspirant de la sociologie des outils et des instruments. Les ouvrages de Eve Chiapello et Patrick Gilbert intitulés « *Sociologie des outils de gestion* » et de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès « *Gouverner par les instruments* » sont également des références pertinentes. L'implémentation du dossier infirmier informatisé sera analysé comme traceur de changement et nous verrons de quelle manière cet instrument cristallise l'évolution des pratiques professionnelles. L'outil à lui seul n'apparaît pas être la cause du changement mais représente un épiphénomène qui accompagne un changement environnemental et sociétal plus large.

Abordons brièvement les raisons historiques pour lesquelles les travaux des sociologues de l'époque se sont concentrés sur l'hôpital. L'hôpital s'est transformé au cours des époques et est passé d'une structure d'enfermement sans médecin à une structure pour les malades avec des soins. Le statut de médecin hospitalier a été créé en 1958. Aussi, après la seconde guerre mondiale, la théorie fonctionnaliste de Parsons s'est interrogée notamment sur la fonction de l'hôpital au sein des sociétés modernes. L'analyse en 1951 de Parsons sur la relation thérapeutique comme structurellement asymétrique en faveur du médecin due, d'une part, au savoir exclusif du médecin et, d'autre part, à l'état de stress du patient est une des contributions classiques à la sociologie médicale des plus intéressantes. La naissance des hôpitaux psychiatriques à cette même époque avait une double fonction : d'une part une fonction thérapeutique mais aussi un contrôle social des malades mentaux que l'on mettait, de cette manière, sous bonne garde. Rappelons à cet égard, les débats autour des années cinquante sur le statut du malade mental.

Le travail à l'hôpital a ainsi été un enjeu pour les sociologues afin de comprendre et d'analyser notamment la complexité de son organisation, que ce soit au travers du modèle de bureaucratie wébérienne comme de l'approche interactionniste ou fonctionnaliste.

## 5.1 L'ordre négocié selon Strauss

Anselm Strauss propose d'introduire le concept de l'ordre négocié dans l'organisation du travail. L'auteur définit l'ordre négocié de la manière suivante :

*« Tout changement qui se heurte à cet ordre qu'il soit ordinaire comme l'arrivée d'un nouveau membre dans l'équipe ou qu'il soit perturbant [...] ou qu'il s'agisse de quelque chose d'exceptionnel comme l'introduction d'une nouvelle technologie ou théorie, [...] imposera une renégociation ou une réévaluation des changements dans l'ordre organisationnel »* (Strauss, 1992 : 108).

Il s'agit d'envisager les phénomènes de négociations comme de perpétuels processus de reconstruction d'ordres sociaux toujours contingents et aléatoires.

Contrairement à l'approche wébérienne de l'organisation bureaucratique du travail, pour Strauss, la vision idéale du travail n'existe pas. Il y a un postulat fondamental que les acteurs sont en permanence engagés dans un processus de marchandage qui contribue à construire un ordre négocié.

L'analyse des négociations implique cette perspective pragmatique de prendre en compte le nombre de négociateurs, de savoir qui les représente, de prendre en compte le nombre et la complexité des questions négociées en s'interrogeant sur ce qui est de l'ordre du négociable ou pas et sur la manière dont les frontières sont établies par rapport au rythme des négociations et des options d'acceptation ou de rejet de la négociation. Ces processus déterminent les équilibres de pouvoir dans l'organisation du travail.

La contextualisation de notre recherche présente l'hôpital comme une institution en mutation permanente. Face à ces changements inévitables alimentés par l'environnement, Strauss s'interroge sur la manière dont l'ordre négocié va pouvoir se maintenir. L'auteur nous dit qu'il faut *« intégrer les méthodes de changement à l'ordre même de la société »* (Strauss, 1992 : 88).

En suscitant ces changements, l'ordre établi va se détruire pour se reconstruire à nouveau d'où la nécessité d'une continuelle négociation. De ce fait, tout ordre négocié comporte toujours une clause de temporalité, cette dernière mettant l'accent sur l'importance de la négociation.

L'introduction d'une nouvelle technologie occasionne des changements importants qui s'imposent à l'hôpital, à son personnel et ses patients. Les règles formelles, informelles ou leur incomplétude sont aussi des éléments qui requièrent de nouvelles discussions autour de leur application ou de leur non-application à tel ou tel cas ou problématique rencontré sur le terrain.

Strauss affirme *« [...] en toute hypothèse, professionnels [médecins, infirmiers] et non-professionnels [aides-soignants et patients] sont impliqués ensemble dans un vaste réseau de négociation. »* (Strauss, 1992 : 101).

L'ensemble des acteurs de l'hôpital jouent donc un rôle dans la négociation pour parvenir à rétablir un ordre social. L'analyse de l'auteur met en évidence les interactions entre professionnels et non professionnels et dans quelle dimension ces derniers peuvent affecter le processus global de négociation.

L'hétérogénéité des catégories professionnelles et leurs objectifs professionnels respectifs, associés à l'impact des nouvelles technologies, entrent de plein pied dans ce modèle de l'ordre négocié. Strauss précise *« la négociation appelle la négociation »* (Strauss, 1992 : 98)



## 5.2 La division du travail selon Hughes

Hughes est le premier sociologue à s'être interrogé au travail à l'hôpital dans les années cinquante aux Etats-Unis. Son modèle relève de la sociologie interactionniste de l'école de Chicago. Dans son ouvrage « *Le regard sociologique* », l'auteur aborde la division du travail comme impliquant l'interaction entre les individus, il précise que « *les différentes tâches sont les parties d'une totalité, et que l'activité de chacun contribue dans une certaine mesure au produit final* » (Hughes, 1996 : 61). En l'espèce, le produit final est la fonction de soin apporté aux patients avec pour objectif de leur rendre la santé.

L'auteur propose d'essayer de comprendre les organisations du travail en partant du bas de la hiérarchie des tâches de l'hôpital de laquelle il distingue une partie particulière, celle du « sale boulot » qui interroge l'utilité et le sens de la délégation des actes dans les professions du soin. Il va s'interroger sur le type de tâches qui sera assumé par le médecin ou par l'infirmière, ainsi que le type de tâches que l'on va déléguer à l'une ou à l'autre catégorie professionnelle : va-t-on déléguer des tâches jugées nobles ou à l'inverse des tâches plutôt serviles ?

Selon l'auteur, lorsqu'une profession est amenée à déléguer des tâches, c'est souvent des tâches qu'elle juge accessoires, dénommées dans l'ouvrage, comme le « sale boulot ». Hughes entend par ces tâches celles qui se situent en bas de l'échelle des valeurs sociales parmi toutes les tâches à accomplir, c'est-à-dire celles qui ne procurent aucun prestige ou voire, qui seraient considérées comme dégradantes et que l'on cherche à déléguer à une classe subalterne. L'auteur écrit : « [...] *un métier ou un poste de travail consiste en un faisceau de tâches. Toutes les tâches d'un même faisceau ne sont pas également agréables à remplir, et toutes n'ont pas le même prestige [...]. Le processus de conversion d'un art ou d'un métier en une profession établie comporte souvent une tentative pour abandonner certaines tâches à une autre catégorie de travailleurs. Dans chaque métier, certaines tâches sont préférées à d'autres. Certaines sont jalousement défendues alors que d'autres sont volontairement déléguées à ceux qui sont considérés comme inférieurs qu'ils se trouvent à l'intérieur ou à l'extérieur du métier ou de la profession* » (Hughes, 1996 : 72).

Cette notion de « sale boulot » pose le problème des catégories socioprofessionnelles à l'hôpital. Hughes reprend l'idée selon laquelle le terme de profession se réfère à un très petit nombre de métiers prestigieux et hautement qualifiés. A partir de là, il développe l'hypothèse originale que si les médecins jouissent d'un grand prestige et d'un statut supérieur, ce n'est pas tant par une explication en soi de la profession elle-même mais par la place qu'occupe cette profession ou ce groupe professionnel dans la structure sociale c'est-à-dire dans la division sociale du travail.

Cette attitude nominaliste d'examiner les métiers à partir de leur dénomination nourrit l'idée que la dénomination d'un métier correspond toujours à une position dans la structure sociale. Ainsi, l'auteur avance que le métier est un élément qui permet de porter un jugement sur autrui et sur soi-même.

Hughes interprète que la division des tâches se forme en même temps que la hiérarchie. Dans son étude, l'auteur s'interroge sur les frontières entre le travail d'infirmière et celui relevant de tous les autres types de personnels hospitaliers. Le nombre de tâches ne faisant qu'augmenter de jour en jour, il y a davantage de frontières entre les différentes catégories professionnelles. Ces frontières peuvent s'appliquer aussi à la relation infirmière / aide-soignante.

Tout changement amené dans une organisation interroge la question de l'organisation du travail et par la même de la division du travail. Ainsi, l'arrivée d'une nouvelle technologie est un élément susceptible de modifier la délégation des tâches. Hughes considère que le développement constant des technologies et l'innovation croissante accentuent le phénomène de glissement de tâches et impacte la division du travail. En effet, l'arrivée d'une nouvelle technologie occasionne de nouvelles tâches pour l'infirmière et creuse davantage les différences entre les tâches les plus prestigieuses et celles qui le sont moins.

Notre analyse du travail d'infirmière au regard de l'implémentation du dossier infirmier abordera ces éléments.

Un métier inclut un certain nombre de tâches mais aussi un rôle social, considéré par l'auteur comme une des valeurs principales du travail. Les individus sont présents et interagissent par le rôle social qu'ils occupent au sein de l'organisation. Dans le cas de l'hôpital, l'infirmière exerce un rôle social essentiel de par sa position intermédiaire qui se situe entre les patients et le corps médical.

Strauss rejoint le point de vue selon lequel chaque catégorie professionnelle occupe à l'hôpital une position hiérarchique différenciée et joue un rôle spécifique dans la division globale du travail au sein de l'établissement.

Dans son étude, Hughes apporte aussi une distinction notionnelle entre métier et profession. Selon lui, ceux qui exercent un métier souhaitent s'élever dans la hiérarchie professionnelle en le transformant en profession. Rappelons que « *dans son usage ancien et plus restreint, le terme « profession » se référerait au très petit nombre des métiers très prestigieux et qualifiés* » (Hughes, 1997 : 63). Ainsi, les métiers sont en lutte pour devenir une profession. Ce mouvement d'un métier vers une profession établie comporte la volonté d'abandonner les tâches considérées comme ingrates à une catégorie de travailleurs subalternes.

La professionnalisation du métier invite Hughes à établir une typologie de la mobilité. Il distingue la mobilité individuelle de la mobilité du métier lui-même. La mobilité individuelle est celle qui permet à un individu d'acquérir les qualifications pour s'élever dans la hiérarchie sociale. La mobilité du métier est celle qui permet la transformation d'un métier en profession. Selon l'auteur, ce mouvement de professionnalisation correspond à la mobilité collective c'est-à-dire d'un groupe de personnes dans un métier. L'auteur précise que la délégation du sale boulot fait aussi partie du processus de mobilité professionnelle (Hughes, 1997 : 77).

Pour conclure sur ce point, l'auteur souligne que le travail d'infirmière figure parmi les arts anciens reconnu aujourd'hui comme une profession établie. L'infirmière dispose d'une technicité dans les tâches à réaliser en milieu hospitalier qui la rend indispensable dans la chaîne du soin. De ce fait, elle est confortée et légitimée dans la place qu'elle occupe dans la hiérarchie sociale.

### **5.3 La question du pouvoir dans les organisations selon Crozier et Friedberg**

La sociologie constructiviste de Crozier s'inscrit dans une perspective déterministe qui se base sur la question principale de savoir comment les acteurs construisent l'organisation du travail et de quelle manière les acteurs envisagent le rapport de ces organisations à l'environnement.

Le concept du pouvoir est central. Il est défini « *comme une relation structurante caractérisée par le déséquilibre d'une relation qui est réciproque, et par la possibilité de certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes* » (Crozier et Friedberg, 1977 : 113).

Crozier va opérer une analyse des relations de pouvoir entre les différents acteurs. Il démontre que les relations de pouvoir ne se limitent pas aux rapports hiérarchiques mais que chaque acteur au sein d'une organisation cherche à récupérer des sources d'incertitude pour exercer une influence sur l'autre. Le véritable pouvoir réside dans la capacité à réduire les incertitudes de l'environnement. Donc, pouvoir et hiérarchie sont à distinguer. De ce fait, le pouvoir peut par exemple correspondre à la capacité à maîtriser et à gérer les zones d'incertitude procurant ainsi un pouvoir et une autonomie aux individus.

Chaque individu, en récupérant des sources d'incertitude, développe ses propres stratégies. Selon l'analyse des organisations de l'auteur, l'individu se comporte comme un acteur stratégique pour tirer le meilleur parti d'une situation. Il est possible que ces stratégies s'écartent de l'objectif formel poursuivi par les dirigeants de l'organisation. Selon l'auteur, pouvoir et organisation sont liés l'un à l'autre.

L'auteur positionne l'acteur comme étant libre. La liberté de l'acteur se confronte au système et aux règles du jeu formelles et informelles dans lesquelles il s'inscrit. Quel que soit le système, les individus ont toujours une marge de liberté minimale qu'ils utilisent pour augmenter leur pouvoir. La marge de liberté de chacun c'est de pouvoir décider de l'intensité de son implication dans le fonctionnement du système.

Par ailleurs, il nous paraît intéressant de faire référence à l'ouvrage de Crozier intitulé « *Le phénomène bureaucratique* », parce que l'auteur appuie son étude de cas sur le monopole de l'industrie du tabac et considère l'entreprise comme un univers au sein duquel chaque acteur influence les autres acteurs. Il prend ce cas critique pour démontrer le rôle des acteurs et le poids des individus sur les choix et les fonctionnements organisationnels.

A titre exemplatif, si nous reprenons le cas des ouvrières de production, leur principal enjeu est le maintien de leurs acquis sociaux et la qualité de leur poste de travail. Compte tenu de leurs faibles statut et qualification, elles fondent leur principale ressource sur leur nombre qui vient contrebalancer le reste parce qu'elles sont nettement plus nombreuses que les autres catégories professionnelles au sein de l'entreprise. Leur principale stratégie va être d'exercer une pression par la menace de grève et d'arrêt de production. L'analogie est intéressante à observer entre les catégories des infirmières et des aides-soignantes.

Associée à cette conception du pouvoir, il y a celle de la rationalité limitée qui est l'idée d'une information incomplète et de décisions contingentes c'est-à-dire qui dépendent du contexte dans lequel elles sont prises. L'objectif des acteurs n'est pas de trouver la meilleure solution mais la moins mauvaise en fonction des possibilités. Selon l'auteur, les règles formelles sont incomplètes donc des zones d'incertitude existent. Les acteurs se saisissent de ces zones d'incertitude laissées par l'incomplétude des règles pour en tirer du pouvoir dans des relations en situation d'interaction.

Selon Slomian et Schoenaers, « [...] *Comprendre la logique des acteurs et les rapports de pouvoir qui les lient est un point de passage important dans l'implémentation d'un changement organisationnel et revêt un intérêt sociologique notable* » (2016 : 143).

Le pouvoir s'exerce par le contrôle des zones d'incertitude qui accroît la marge de liberté individuelle des acteurs. L'incertitude est omniprésente dans toutes les organisations et dans tous les ensembles humains. Les grands types de zones d'incertitude correspondent aux quatre sources de pouvoir distinguées par les auteurs dans leur ouvrage.

La première source découle de la possession d'une compétence particulière, la seconde est relative à la maîtrise de l'environnement de l'organisation (celui qui maîtrise les liens avec l'environnement c'est-à-dire, par exemple, avec les clients), la suivante est celle de la maîtrise des informations internes (celui qui connaît le mieux l'organisation a un pouvoir de rétention des informations) et, enfin, le pouvoir qui découle de la connaissance des règles de fonctionnement de l'organisation (celui qui a le pouvoir de changer les règles).

#### 5.4 Les outils de gestion selon Chiapello et Gilbert

Cet ouvrage est centré sur les outils de gestion qui servent à coordonner l'action organisationnelle par l'analyse des phénomènes sociaux présents au sein des organisations. Les auteurs se sont intéressés aux rapports existants entre les outils de gestion, les individus et la société. Notre analyse s'est concentrée principalement sur le chapitre relatif à l'interaction entre les outils de gestion et les acteurs. Cette partie rejoint les théories des auteurs clefs présentés dans ce papier tels que Michel Crozier, Erhard Friedberg et Philippe Bernoux.

Les auteurs définissent les outils de gestion comme étant un ensemble délimité d'objets organisationnels dotés de traits caractéristiques qui s'offrent à une triple description : fonctionnelle, structurelle et processuelle (Chiapello et Gilbert, 2013 : 32). La dimension fonctionnelle consiste à analyser à quoi sert l'outil c'est-à-dire à examiner son rapport avec la performance vue du côté de la direction de l'organisation. La deuxième dimension d'un outil de gestion est sa dimension structurelle. Il s'agit de considérer l'outil au niveau micro c'est-à-dire des pratiques du terrain avec lesquelles il [l'outil] entretient des rapports d'interdépendance. L'outil de gestion comporte aussi une dimension processuelle qui nous invite à examiner la manière dont il faut s'en servir. Ces trois dimensions seront abordées dans la suite de notre analyse.

L'approche clinique de l'auteur apporte un regard pertinent à notre analyse parce qu'elle renseigne l'outil comme un vecteur de déshumanisation du travail et d'aliénation du sujet. Les auteurs développent un questionnement critique sur le sens des actions collectives. La critique porte sur les organisations modernes qui « [...] piègent les individus en renforçant, de façon subtile, le contrôle des esprits. Elles offrent apparemment plus d'autonomie à leurs salariés, mais, en même temps, elles accentuent leur contrôle » (Chiapello et Gilbert, 2013 : 91). Ces mécanismes peuvent causer des situations de stress chez les individus. Cette approche est davantage axée sur l'individu dans sa relation au travail et s'inscrit dans un courant plutôt psychosociologique.

Dans la théorie de l'acteur stratégique, élaborée par Crozier et Friedberg, et telle qu'expliquée par les auteurs, les outils de gestion relèvent des règles formelles, leurs effets sont toujours contingents et subordonnés aux stratégies et au jeu des acteurs. Dans son usage, l'outil devient une ressource de pouvoir pour les acteurs qui manipulent leur environnement pour s'imposer à lui. Des jeux de pouvoir s'organisent dès lors autour des outils et influencent le comportement des individus concernés par les pratiques que l'outil met en place. Selon les auteurs, les acteurs s'engagent dans une lutte de pouvoir pour conserver des marges d'incertitude et maîtriser leur travail. Les auteurs précisent que « *l'introduction d'un nouvel outil peut modifier l'équilibre du pouvoir* » (Chiapello et Gilbert, 2013 : 173). Nous comprenons que les outils présents ont dès lors un caractère stratégique, autant dans des stratégies de changement que dans d'éventuelles stratégies de contournement de l'outil implémenté.

A cet égard, Chiapello et Gilbert soulignent l'autonomie des acteurs et leur capacité à refuser l'outil, à lui résister, à le transformer, le changer ou l'adapter. L'implémentation de l'outil génère des règles que les acteurs visent systématiquement à contrôler. L'individu ne se laisse jamais totalement emprisonner dans un cadre de dépendance. L'acteur revendique et négocie continuellement face aux contraintes imposées par l'outil. L'acteur exerce une autonomie en négociant et en grignotant une espèce de marge de manœuvre. « *[...] Le changement n'est effectif que lorsque les acteurs trouvent un sens à l'action qu'ils entreprennent* » (Chiapello et Gilbert, 2013 : 173).

Avec ce principe, l'outil n'est plus uniquement un objet technique mais se laisse penser comme un objet social.

Selon le dictionnaire des politiques publiques, les instruments sont des institutions qui déterminent le comportement des acteurs et qui créent ainsi des effets sur les rapports de force entre les individus qui conduisent les acteurs à privilégier certains intérêts et à en écarter d'autres. Les instruments offrent aux individus des capacités d'actions très différentes dans la mesure où, d'une part, ils contraignent les acteurs mais, d'autre part, ils leur offrent aussi des possibilités avec de nouvelles perspectives (Boussaguet et al., 2014 : 331).

Ce courant permet d'analyser la mise en œuvre de l'outil en considérant dès lors les différentes réactions des acteurs face aux règles imposées et les négociations qui en découlent et qui aboutissent à de nouveaux ordres sociaux et ce, pour rejoindre la théorie de Hughes.

Selon les auteurs du dictionnaire des politiques publiques, la mise en œuvre d'un outil modifie l'ordre établi en faisant naître des relations d'accord et de conflit qui permettent d'appréhender les dynamiques propres de l'implémentation et, en particulier, les écarts qui existent entre les besoins institutionnels, les intentions des différents acteurs et les effets sur le terrain (Boussaguet et al., 2014 : 347).

## **5.5 Le changement dans les organisations selon Bernoux**

Nous sommes intéressés par amener quelques notions du changement dans les organisations parce que dans le cadre de notre recherche, le changement est mis en place par l'apport d'un nouvel outil informatique.

« *Le changement consiste en une transformation des relations aux autres. Il se traduit par la création de nouvelles règles. [...] Changer, c'est transformer la manière de faire. [...] Travailler avec un nouveau logiciel, c'est ne plus travailler comme avant, [...] ne pas être dans la même relation aux autres, ou alors le nouveau logiciel n'a introduit aucun changement* » (Bernoux, 2004 : 54).

Selon l'auteur, « *les changements naissent des interactions* » (Bernoux, 2004 : 85). Nous pourrions y voir que l'implémentation d'un nouvel outil ne suffit pas à impulser un changement organisationnel ou comportemental mais que c'est par l'implication des acteurs dans le projet que les changements s'organisent.

Cet auteur rejoint les points de vue interactionnistes que nous avons quelque peu développés dans notre cadre théorique en précisant que les directions ne peuvent imposer un changement organisationnel que si ce dernier est accepté par les acteurs qui sont censés le mettre en œuvre. La réussite des projets dépend surtout de la manière dont les acteurs acceptent les changements et les gèrent au quotidien parce que la direction d'une organisation, même si elle possède de la légitimité et du pouvoir, ces critères, à eux seuls, sont insuffisants. Ces principes sont évoqués dans le chapitre premier de son ouvrage « *La sociologie du changement* » dans lequel Bernoux étudie le comportement des acteurs et le sens que l'individu donne à son action (Bernoux : 2004).

Ensuite, l'auteur interroge les raisons de l'acceptabilité des outils malgré les contraintes qu'ils imposent à l'environnement. Les individus reconnaissent en partie le bien-fondé des outils et acceptent leur implémentation parce qu'ils leur reconnaissent une certaine efficacité organisationnelle et les avantages que ces outils peuvent leur procurer en termes de changement.

Le changement est une combinaison de trois composantes : « *les contraintes externes aux organisations, les institutions et les acteurs* » (Bernoux, 2004 : 85).

## **5.6 Les instruments traceurs de changement selon Lascoumes et Le Galès**

Dans leur ouvrage « *Gouverner par les instruments* », les auteurs analysent l'action publique en souhaitant dépasser les approches classiques qui considèrent les instruments comme des choix purement techniques c'est-à-dire qui sont étudiés au travers de leur efficacité, dans une approche uniquement fonctionnaliste, et donc réductrice parce qu'elle met de côté les usages induits par le choix de l'instrument.

Les auteurs défendent la thèse selon laquelle les instruments ne sont pas neutres, ils sont porteurs de sens et leurs usages sont à l'origine des transformations des politiques publiques.

Cette analyse est particulièrement intéressante au regard de la contextualisation du présent papier. Le contexte politique de rationalisation des dépenses publiques en matière de santé impose des choix dans la mise en œuvre des politiques publiques. La mise en œuvre du plan *e-Santé* comprenant un dossier patient informatisé intégré est posée comme choix politique. De ce choix, découlent des effets sur les institutions hospitalières et leur organisation. L'un d'entre eux est l'implémentation du dossier infirmier informatisé considéré dès lors comme un outil, révélateur du changement. L'informatisation est un épiphénomène qui accompagne un changement organisationnel et qui s'inscrit dans une transformation plus large, celle des politiques publiques. Cet outil nous renseigne sur la manière dont l'organisation s'adapte elle-même à son environnement.

Les auteurs suggèrent de considérer l'instrument comme « *un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur* » (Lascoumes et Le Galès, 2004 : 13). Cela est en lien avec la perspective de la rationalité limitée des acteurs. Pour Lascoumes et Le Galès, les instruments « [...] *déterminent en partie la manière dont les auteurs se comportent, créent des incertitudes sur les effets des rapports de force, conduisent à privilégier certains acteurs et intérêts et à écarter d'autres, contraignent les acteurs et leurs offres des ressources, et véhiculent une représentation des problèmes* » (Lascoumes et Le Galès, 2004 : 16).

## 6. Analyse du terrain

Dans ce chapitre, nous vous présentons les données récoltées du terrain. L'analyse des entretiens semi-directifs que nous avons menés nous permet de déceler des pratiques propres à chaque acteur et différenciées au sein d'une même catégorie professionnelle. Nous constatons une analogie dans les situations décrites dans la littérature et vécues sur le terrain par les informateurs. Les points de vue des informateurs semblent se rejoindre sur divers aspects avec un même objectif, celui de la qualité des soins. Toutefois, nous notons que la mobilisation des acteurs hospitaliers diffère selon les valeurs, les personnalités et les compétences de chacun avec des dynamiques organisationnelles singulières. Les discours sont empreints de perceptions et de valeurs professionnelles qui les distinguent et qui font la richesse de notre recherche. Nous vous proposons une description des principales situations mises en évidence.

### 6.1 L'ordinateur rythme le travail des soignants

La notion du rythme du travail émerge des entretiens. L'ordinateur définirait-il le rythme du travail des soignants plus que le travailleur ne dirige sa machine ? Les personnes interrogées le confirment. Elles partagent l'idée que l'ordinateur rythme leur journée de travail sans pour autant avoir une idée précise du temps qu'elles passent devant l'ordinateur. Elles disent passer plus de temps devant l'ordinateur que précédemment avec le dossier papier mais, en réalité, elles ne savent pas estimer la durée. « *Non je ne sais pas mais beaucoup plus de temps qu'avec le dossier papier* » (I 7). « *Non mais c'est presque tout le temps* » (I 6). « *Non, je n'ai pas d'idée. Franchement, je n'ai jamais fait attention mais beaucoup plus de temps qu'avant* » (I 4).

Selon les informateurs, différentes raisons sont responsables de cette situation, dont principalement les temps de connexions au wifi qui sont pour les utilisateurs beaucoup trop lents. En effet, le réseau est souvent saturé lorsque beaucoup de personnes y sont connectées en même temps ; l'accès aux dossiers de soins des patients est donc ralenti. Le nombre d'unités implémentées au niveau du DII ne fait qu'augmenter et impacte aussi les temps de connexion.

Par ailleurs, la direction a programmé une coupure de la session après quinze minutes d'inactivité. Il en résulte un ralentissement de l'accès aux dossiers de soins et maintes reconnections nécessaires au cours d'une même journée. Cela ne fait qu'augmenter le temps passé par l'infirmière devant l'ordinateur. « *J'estime que c'est une grosse perte de temps. C'est la lenteur et les reconnections. J'essaie de m'adapter* » (I 7). « *Avec l'ordinateur, ce n'est pas notre rythme qui guide le travail, c'est l'ordinateur. [...]. Il faut refermer et rouvrir tout le temps* » (I 6). « *Quand on est dans le couloir avec le chariot et occupée à encoder, on est interrompue tout le temps une fois par un patient, une fois par une famille qui va passer, une fois par une collègue et il faut chaque fois se reconnecter, c'est insupportable* » (I 9).

Le temps que les infirmiers prennent pour accéder au dossier informatique les contraint dans leur organisation. A titre d'exemple, débarrasser les repas prend plus de temps, la durée du rapport inter-pause est rallongée ainsi que le tour médical, les soins sont retardés dans la journée. Auparavant, avec le dossier papier, il suffisait d'ouvrir une double page A4 pour lire. C'était beaucoup plus facile et rapide. Depuis



l'informatisation, le personnel semble avoir tendance à se connecter moins fréquemment pour consulter le dossier. Ils pratiquent les soins selon les informations obtenues des collègues. Plusieurs mettent en évidence les difficultés rencontrées particulièrement avec le suivi des plaies et leurs transcriptions dans le dossier informatisé. « *Mais avec le dossier papier c'était plus facile, on tournait trois feuilles, et ça allait, on y était. Que là, il faut cliquer sur la flèche, puis attendre, et ça prend du temps* » (I 5). « *[...] Non à la limite j'allais plus voir un soin dans un dossier papier qu'en informatique. Si j'ai un soin de plaie, je vais moins vite aller voir le protocole de soins dans l'ordinateur. Avec le dossier papier, j'y accédais plus rapidement c'était plus facile. C'est vrai que je devrais aller consulter et vérifier à chaque fois mais je ne le fais plus parce que c'est beaucoup trop contraignant parfois* » (I 6). « *Avant, avec le papier, c'était plus clair [...], j'avais ma double feuille et c'était plus clair, je voyais tout de suite. Maintenant, c'est plus compliqué et ça prend plus de temps pour bien tout cerner et aller d'un dossier à un autre. Un dossier papier, c'est simple. Vous avez votre classeur et vous l'ouvrez. [...] Oui c'est très compliqué. On ne consulte plus le dossier et là où ça devient même dangereux, c'est qu'il n'y a plus un bon suivi dans les dossiers. Et avec les plaies c'est une vraie catastrophe, c'est impossible de travailler correctement* » (I.7).

Il s'agit là de contraintes d'ordre technique qui font que le travail des soignants dépend de toute une série de variables liées à l'ordinateur et sur lesquelles les utilisateurs n'ont pas de maîtrise.

A ces situations, les informateurs ajoutent d'autres contraintes. D'une part, ils mettent en évidence le fait que le dossier informatique est beaucoup plus complet que le dossier papier et qu'il prend donc plus de temps pour être complété. Selon la responsable de la cellule DPI, les données utiles à l'extraction automatique du DI-RHM ont effectivement été incluses dans le DII ce qui alourdit aussi l'encodage. « *Il y a beaucoup, vraiment beaucoup. Ce sont des menus déroulants et il y a plein de questions. Quand c'était le papier, il y avait une feuille recto verso c'était plus simple. Ici, il y a beaucoup de questions, il y a beaucoup de sous-questions* » (I 4). Quant à la responsable de la cellule DPI, elle confirme : « *il [le dossier informatisé] est beaucoup plus complet que le dossier papier et que ce que les infirmières notaient dans le dossier papier* ».

Le manque de maîtrise du logiciel et de ses fonctionnalités est aussi un des facteurs identifiés lors des entretiens. Certains informateurs disent qu'ils doivent parfois beaucoup chercher pour trouver l'endroit où il faut encoder les données. Selon eux, le logiciel est peu intuitif. La maîtrise de l'outil semble prendre du temps et l'usage quotidien du logiciel semble ne pas être suffisant pour une utilisation optimale des fonctionnalités et ce, même après une utilisation de plusieurs mois voire plus d'une année, si on reprend le cas de la gériatrie. « *Non cela a pris du temps et toujours maintenant. [...] Cela n'est pas toujours classé et organisé de manière logique par rapport au dossier papier et donc on chipote beaucoup* » (I 5). Certaines personnes soulignent que des formations complémentaires seraient les bienvenues parce qu'elles perdent beaucoup de temps à chercher et qu'elles n'ont pas le sentiment de travailler correctement. Selon elles, il devient à présent nécessaire d'ajuster le logiciel aux besoins et aux retours de terrain. « *Il faudrait réajuster la formation par rapport aux problèmes de terrain* » (I 6). Toutefois, nous percevons que les infirmières de plus jeune génération ont une meilleure maîtrise de l'outil et que la formation dispensée a été suffisante.

D'autre part, il n'existe pas une seule et unique façon de compléter le dossier infirmier parce que les champs ne sont pas encore rendus obligatoires par les directions. D'après la responsable de la cellule DPI, *« tu peux compléter le minimum ou tu peux aller jusqu'au bout des choses puisque rien n'est obligatoire. Les infirmiers l'ont très vite compris. Dans les écrans de validation, on ne peut pas valider un rapport vide mais si on coche une seule case, c'est bon mais ce n'est pas pour cela que l'information est pertinente »*.

Les responsables avec qui nous avons eu l'occasion de nous entretenir reconnaissent qu'actuellement, l'informatisation du dossier infirmier fait perdre du temps aux soignants et cause une augmentation de la charge de travail administrative. C'est la raison pour laquelle, ils ont décidé de ne pas encore rendre obligatoire, à ce stade, le remplissage des champs. *« Dans un premier temps, puisqu'on changeait d'outil, on passait du papier à un dossier informatisé, on a fait le choix de ne rien rendre obligatoire [...] parce que déjà passer du bic à un programme informatisé, c'est déjà une grosse révolution pour certains et donc il faut y aller pas à pas »* (responsable cellule DPI).

Cette absence d'obligation d'encodage des données dans le dossier infirmier laisse la possibilité aux utilisateurs de faire dépendre la complétude du dossier d'autres éléments comme le manque de temps, une surcharge de travail ou le manque de personnel. En effet, certains agents disent qu'ils n'ont pas le temps suffisant pour compléter le dossier ; étant donné que les champs ne sont pas rendus obligatoires, le dossier est alors partiellement complété. Les utilisateurs encodent parfois simplement le minimum : *« [...] Et si je n'ai pas le temps de remplir plus et bien tant pis, je ne vais pas rester une heure de plus pour remplir des croix »* (I 7). *« Avec le dossier papier, on notait plus que maintenant on encode moins. Moi, j'écris moins maintenant que quand c'était le dossier papier »* (I 6). *« Ce qui est coché n'est pas nécessairement le travail réel. Le dossier ne reflète pas la réalité de ce qu'on fait »* (I 10).

Dans un autre registre, il apparaît aussi une distinction entre les valeurs professionnelles véhiculées par chaque individu. En effet, certains soignants vont accorder une plus grande importance à la complétude du dossier et d'autres, à la relation avec le patient. Certaines personnes pensent que le dossier infirmier est une donnée essentielle à la qualité des soins et qu'il doit donc être complété le mieux et le plus précisément possible. D'autres infirmiers ont moins intégré le lien entre un dossier bien complété et la qualité du soin et vont estimer que ce qui est le plus important sont les soins dispensés en tant qu'acte technique et la relation au patient. Ils vont donc faire passer les encodages dans le dossier infirmier au second plan. Certains sont convaincus du fait que le temps passé devant l'ordinateur, c'est au détriment de la relation soignant-soigné et du temps passé au chevet du patient.

Une infirmière va dans ce sens : *« je préfère m'occuper des gens au dépend parfois de remplir des cases du DII. [...] Pour moi, la priorité c'est de rentrer dans les chambres. [...] Quand je suis sur l'ordinateur, je ne suis pas dans les chambres »* (I 7). *« Je suis tentée de laisser le chariot dans le couloir pour privilégier la relation soignant-soigné »* (I 6). *« Je ne serai peut-être pas satisfaite de mon encodage mais je serai satisfaite de ma pratique soignante »* (I 4). *« Je resterai le temps qu'il faudra pour compléter le dossier correctement »* (I 15).

Ce dernier extrait nous questionne sur la place de la relation soignant-soigné dans les dossiers médicaux informatisés. L'implémentation d'un dossier infirmier informatisé impacte-t-il la relation et la communication avec le patient ? La question mérite d'être posée considérant que la relation soignant-soigné fait partie intégrante de la démarche clinique et du travail des soignants. Les informateurs précisent que le temps passé avec l'ordinateur réduit celui passé au chevet du patient. Selon eux, la relation se verrait elle aussi rythmée par l'ordinateur. Certains parlent de déshumanisation de la relation parce que le soignant a le sentiment de ne plus s'adresser à un humain mais à l'ordinateur avec une perte de légitimité du statut de soignant. L'ordinateur est perçu comme une barrière qui dénature la relation. *« Moi je ne me laisse pas avoir par cette machine [...]. La qualité, c'est la qualité de relation avec le patient. Elle est là la qualité et on n'a pas besoin de l'ordinateur pour ça »* (I 7).

La manière de compléter le dossier influence la journée de travail des infirmiers. Ces derniers ressentent un fort sentiment de dépendance à l'ordinateur qui génère des frustrations, parce qu'ils se sentent tributaires du bon fonctionnement de l'outil. Ils expriment des pertes de temps et une perte de sens de leur métier de soignant. Toutefois, les frustrations sont différentes d'un utilisateur à l'autre ; chacun vit les situations décrites différemment.

Contre toute attente, malgré les éléments précisés supra, la majorité des personnes interrogées ne souhaitent pas revenir au dossier papier. Elles estiment que l'informatisation du dossier a apporté des améliorations. Les principaux avantages mis en évidence sont : des transmissions plus professionnelles, une meilleure lisibilité du dossier, des raisons écologiques liées à la diminution de la consommation de papier, la clarté de l'information, la centralisation des données, une amélioration de la qualité par la structuration de l'information et une information partagée par tous les utilisateurs. *« Maintenant que je l'ai, je souhaite qu'on me le laisse [rire] parce que je pense qu'à terme quand on aura vraiment appris à le maîtriser, ce sera mieux et il sera plus complet quand nous on sera plus performantes »* (I 9).

En conclusion, l'usage du dossier infirmier informatisé est très relatif et dépend de l'utilisation qu'en fait le soignant. Les entretiens confirment que l'ordinateur rythme le travail des soignants mais différemment selon la manière dont l'acteur s'approprie l'outil, son niveau d'implication et de maîtrise des fonctionnalités.

## **6.2 L'ordinateur et/ou le papier**

Notre travail de recherche s'est penché sur certains des objectifs poursuivis par l'implémentation du dossier infirmier informatisé au sein du CHRV, à savoir assurer la fiabilité des informations et l'efficacité des modes de travail. Nous avons dès le départ de notre recherche interrogé les informateurs sur leurs pratiques pour savoir notamment si l'idéal visé du zéro papier était atteint.

Les injonctions données par l'équipe projet et les cadres soignants au moment du déploiement du dossier infirmier informatisé consistaient en effet à abandonner les papiers dans la poche et à travailler en temps réel c'est-à-dire à encoder directement les données du patient dans le dossier informatisé. Les personnels sont donc censés compléter le dossier infirmier au chevet du patient. Ces nouvelles pratiques suggèrent l'arrêt du support papier pour permettre une fiabilité maximale des données et réduire au maximum les risques d'erreurs dans les retranscriptions.

Malgré cette consigne, nous constatons que l'utilisation de supports papiers perdurent dans les deux unités étudiées. Nous pouvons considérer que ces pratiques échappent à l'informatisation et nous pourrions les interpréter comme une résistance au changement parce que ces méthodes vont à l'encontre d'une utilisation optimale du logiciel et des changements de pratiques que son implémentation devrait induire.

En effet, les entretiens révèlent une multitude de pratiques distinctes, propres à chaque acteur, qui indiquent des prises de notes intermédiaires sur des supports papier divers. Les usages sont distincts les uns des autres et justifiés par une activité fluctuante et évolutive au sein de l'unité de soins agrémentée systématiquement des failles techniques du dossier informatisé et des contraintes liées aux lenteurs de connexion.

*« Moi, j'ai un petit calepin sur moi ou alors je note sur ma feuille qui est toujours dans ma poche aussi. [...] Au final, je regarde moins sur l'ordinateur [...] cela prend plus de temps d'aller chercher sur le PC. La feuille qui reprend tous les patients est un support et une sécurité pour nous. On a tous notre feuille. C'est un pense-bête. Si je dois chaque fois regarder dans l'ordinateur c'est beaucoup plus long. A la fin de pause, on encode alors dans l'ordinateur. On réactualise chaque fois dans l'ordinateur » (I 4).*

*« On reprend une feuille papier, on refait le tour des paramètres avec une feuille papier puis on renote les paramètres après sur l'ordinateur. Et tout ça parce que l'outil informatique nous retarde constamment » (I 6).*

*« Je ne vais pas me laisser avoir par cet ordinateur [...]. Donc, je reprends un papier et je refais comme avant. Je fais photocopier ce papier là que je garde pour moi et que je donne au médecin. Puis alors au fur et à mesure je retranscris quand j'ai le temps sur l'ordinateur » (I 7).*

*« Oui, j'utilise un support papier mais c'est plutôt un pense-bête. Et je note seulement quand c'est nécessaire parce qu'avec l'ordinateur c'est beaucoup plus lent. Mais après, j'encode toujours dans l'ordinateur » (I 9).*

*« Avant, je faisais comme on disait, je prenais les paramètres chez un patient et hop je revenais et je complétais sur l'ordinateur et ça me prenait un temps fou. Donc, là maintenant, c'est terminé ! Je ne m'encombre plus avec cet ordinateur » (I 11).*

*« Moi, je note sur une feuille. Je note la même chose qu'avant. Bah c'est un pense-bête mais pour les déjeuners par exemple c'est mieux pour savoir qui est diabétique par exemple, comme ça, je regarde sur la feuille et pas dans l'ordinateur » (I 14).*

Le plus souvent, les informateurs disent n'utiliser le papier que comme pense-bête. Toutefois, nous constatons, d'une part, que ce n'est pas toujours le cas et que, d'autre part, le support papier est aussi une manière détournée d'éviter de se connecter au dossier informatisé pour consulter le dossier du patient. Nos informateurs disent aussi que ces notes leur permettent d'accéder à une information synthétique et rapide sur l'ensemble des paramètres clés du patient et que l'informatisation n'offre pas cette vision globale.

Du côté de la responsable de la cellule DPI, à la question de savoir si le personnel infirmier continue à utiliser le papier dans la poche, elle relate ce qui suit : *« Elles [les infirmières] utilisent le papier mais uniquement comme aide-mémoire. On a vraiment aussi travaillé sur cela avec les infirmières en chef pour que l'aide-mémoire ne devienne pas l'outil de travail qui fait qu'on retranscrit seulement après les données du patient dans le dossier informatique. Avant l'informatisation, elles avaient toutes leurs annotations sur le papier et elles allaient compléter le dossier après. Ici, non, c'est vraiment un aide-mémoire pour organiser le travail pour les patients dont elles ont la charge, sans plus. Mais cette situation est aussi temporaire ».* Cet extrait est en contradiction d'une part, avec les retours que nous avons du terrain parce

que nos informateurs confirment qu'ils utilisent le papier pour la retranscription ultérieure des données dans le dossier du patient et, d'autre part, avec la consigne donnée au personnel d'encoder en temps réel.

Nous comprenons que le personnel justifie l'utilisation du papier par le fait que les connexions au dossier prennent trop de temps ce qui rend, selon lui, quasi impossible l'encodage en temps réel. C'est seulement à l'anamnèse du patient que le dossier est complété en temps réel. Ces pratiques vont à l'encontre des objectifs poursuivis par l'implémentation du DII parce que la retranscription ultérieure dans le dossier infirmier est une perte de temps et qu'elle augmente le risque d'erreurs et d'oublis, ces pratiques s'éloignent des notions de fiabilité et d'efficacité recherchées par l'informatisation.

Du côté du terrain, on confirme ces aspects : « *Donc, on est toujours dans un risque d'erreurs de retransmission puisqu'il y en a une en plus. C'est toujours un double travail. Quand je dois noter sur un papier et renoter dans un ordinateur, je dois faire les choses deux fois* » (I 6). « *[...] Au fur et à mesure, je retranscris dans l'ordinateur quand j'ai le temps. [...] Je m'adapte, je n'ai pas le choix. [...] Bon c'est sûr que quand on regarde les choses, c'est retranscrire deux fois* » (I 9).

Pour une *key user*, « *Les bonnes pratiques c'est de faire en temps réels parce que c'est une perte de temps de noter une fois les paramètres sur papier puis de les recopier à l'ordinateur, c'est faire deux fois le travail. Je pense que cela se fait encore. Je pense que ça dépend des services et des habitudes. Nous, on est arrivés avec l'informatique en leur demandant de faire du temps réel donc c'est vraiment compliqué pour eux. Depuis, on n'a pas été voir comment cela se passait mais cela ne m'étonnerait pas que tout ne se fasse pas en temps réel* ». Cette double saisie met en évidence une stratégie de contournement de l'outil.

Nos informateurs évoquent également des craintes liées à la peur de se tromper ou de mal faire qui peuvent entraîner des appréhensions au niveau de l'utilisation du logiciel et qui occasionne une lenteur dans l'encodage des données. Sur cet aspect, les informateurs disent que le papier les sécurise davantage : « *Oui, j'utilise le papier, parce que j'ai ce sentiment, j'ai cette peur d'oublier, peur de faire des erreurs* » (I 9). Les pannes informatiques et les bugs font partie des éléments qui influent sur l'organisation du travail et qui expliquent le retour au papier. Une informatrice fait part de son inquiétude « *Un autre inconvénient c'est et si ça plante ? Qu'est-ce qu'on fait ? Si l'informatique bugge ? Le dossier papier était sûr maintenant ici en cas de bug on ferait comment ?* » (I 9). « *[...] Si une panne arrive, je n'ai plus rien, plus traitement plus rien, donc je ne saurais plus ce que je dois donner aux patients. Que les papiers, ils sont là* » (I 4).

En conclusion, selon nos informateurs, les lenteurs, les difficultés d'accès, la méconnaissance de l'outil, les multiples connexions sur une même journée, la peur des pannes ou des bugs informatiques encouragent les utilisateurs à continuer à utiliser le papier dans la poche et à contourner l'usage de l'informatique.

### **6.3 Une individualisation, une responsabilisation et un contrôle des pratiques**

Au sein du CHR de Verviers, la sécurisation des soins fait partie des bénéfices attendus par l'implémentation d'un DPI. Cette dernière passe, entre autres, par une harmonisation des pratiques professionnelles, une sécurisation des processus et une traçabilité des soins.

Les soignants ont un accès personnalisé et nominatif au DII. Il se fait sur la base d'un identifiant et d'un mot de passe confidentiel propre à chaque utilisateur. Cet accès est aussi conditionné à l'existence d'un lien thérapeutique soignant/patient. Ainsi, cette méthode garantit une meilleure confidentialité des données du patient. En outre, avec le support informatisé, le risque de laisser traîner des dossiers se réduit et donc le respect du secret médical est renforcé, tout cela en accord avec la directive RGPD. Le principe retenu vise donc à limiter les accès aux besoins réels identifiés pour chaque professionnel dans le cadre de la prise en charge des patients et marque davantage les frontières entre les professionnelles.

En pratique, des groupes utilisateurs ont été créés par catégorie professionnelle. Chaque groupe, en fonction de ses besoins, s'est vu attribuer des droits en écriture, lecture, édition, modification ou suppression sur l'ensemble des documents qui constituent le dossier. Il a été décidé que lorsqu'un utilisateur a accès à un dossier, il a accès en lecture à l'ensemble de son contenu. Les droits en écriture ou modification sont liés à la catégorie professionnelle de l'intervenant. Il n'y a donc aucun morcellement du dossier du patient. Les restrictions se font donc sur l'accès aux identités du patient, et donc au dossier qui y est attaché. Ainsi, les catégories médicale et infirmière ont accès à tout le DII pour répondre aux besoins liés à leurs activités professionnelles ; tandis que les aides-soignantes et les assistantes logistiques ont uniquement accès en écriture aux actes que la loi les autorise à poser et ont accès en lecture à tout le dossier. Ces processus individualisent et cloisonnent les acteurs dans leur fonction.

*« Non, une aide-soignante ne peut pas encoder ce qu'elle ne peut pas faire. Cela cloisonne davantage chaque profession. C'est plus clair maintenant à cause de notre identifiant personnel. Une tension, elle ne peut pas la prendre, et elle ne peut pas l'encoder. Ici, on a tout à notre nom à chaque fois. Elles sont limitées dans leur travail » (I 6). « Dans le dossier, l'aide-soignante va s'occuper des paramètres qu'elle peut encoder, c'est tout, ce sont les toilettes et certains paramètres mais pas la tension, tout ça c'est en fonction de leurs attributions maintenant et de ce que chacun peut faire parce que c'est bien strict maintenant » (I 11).* Aussi, les enjeux sur les accès aux données contenues dans un DII peuvent être perçus comme des enjeux de pouvoir au sein des différentes catégories professionnelles (infirmier/aide-soignant).

Par cette politique de droits d'accès au DII, il semble que la direction souhaite permettre à chacun de se connecter avec un identifiant qui lui est propre et dont il est responsable. Nous souhaitons préciser qu'avant l'informatisation, les utilisateurs se connectaient aux ordinateurs via des identifiants génériques associés à l'unité de soins. Comme nous l'avons précisé, l'analyse du terrain n'a pas révélé une amplification du contrôle ou inversement mais démontre son individualisation c'est-à-dire que l'on ne contrôle plus une équipe ou un collectif mais on individualise les pratiques de contrôle. La notion de collectif va se décomposer en une multitude d'individualités qui permettent une meilleure traçabilité et qui accentuent le sentiment de responsabilité. Ce processus va diviser le collectif infirmier. Cette notion se traduit aussi sur le terrain par une objectivation. Ainsi la responsable de la cellule DPI dit : *« Maintenant, c'est vrai que cela permet des remarques ciblées individuellement et ne plus faire des remarques à la cantonade. Si on remarque qu'un agent ne remplit pas correctement le dossier et que c'est récurrent, c'est vrai qu'on peut lui dire « voilà, regarde, ne me dis pas que tu l'as bien rempli. C'est aidant pour objectiver les choses ».*

La cheffe de projet parle de flicage : « *En ce qui concerne la notion de contrôle, il a fallu revenir plusieurs fois sur ces notions en disant « attention, maintenant le dossier c'est sur votre nom, vous êtes responsables ».* Il a fallu souvent leur rappeler que quand elles ont terminé un patient, il faut qu'elles ferment leur session. On les a fort sensibilisées à ces aspects. Il y a en effet une notion de responsabilité plus grande. Et cela leur faisait peur au début. C'est le sentiment d'être fliquée. Puis aussi il faut faire gaffe. Cela rend aussi les choses plus compliquées quand elles veulent se rendre service les unes aux autres : « *fais un peu ça à mon patient* », elles s'échangent les tâches parce qu'il y en a une qui est super occupée et qu'elle n'a pas le temps. Il faut faire gaffe car il faut maintenant se poser la question de qui valide et en quel nom ».

Comme le précise la responsable de la cellule DPI : « *cela recentre les responsabilités de chacun. [...]. Si il y a une traçabilité, du coup la responsabilité va de pair* ». [...] Les infirmières ont plus aussi l'impression d'être « *tracées* » parce qu'on sait identifier, beaucoup plus que dans le dossier papier, tout ce qu'elles font. On sait maintenant qui a fait quoi, quand, à quel moment. Un médicament donné à 8h du matin et validé à 10h00, maintenant on va le voir ». [...]

D'après une infirmière, « *la responsabilité, je l'ai toujours eue. Mais l'ordinateur responsabilise plus. Parce qu'on sait très vite identifier* » (I 4).

L'individualisation du contrôle se traduit aussi par l'écriture/l'encodage des données. Ce qui passait avant inaperçu dans un dossier papier, devient visible avec l'informatisation du dossier infirmier. Les soignants sont maintenant plus attentifs à la manière de rédiger les transmissions parce qu'ils savent qu'elles peuvent être lues par d'autres professionnels. Le soignant sait précisément identifier qui a noté quoi dans l'historique du dossier et à quel moment puisque, en sus de l'identifiant personnel, l'heure de saisie des données est enregistrée par le logiciel. L'individualisation du contrôle fait en sorte que les individus prennent conscience qu'il faut remplir les dossiers avec un vocabulaire adapté et plus médical. Ces éléments relèvent d'une professionnalisation de l'activité et sont un des objectifs poursuivis par la direction. Il ne s'agit plus de gribouiller sur un coin de la feuille. L'information est plus structurée et professionnelle. Une infirmière le confirme : « [...] *Par exemple, au niveau des transmissions, quand elles sont faites, elles sont plus professionnelles, les tartines qu'on retrouvait avant dans les dossiers, écrites à la va vite et de toutes les couleurs, complètement illisibles, ça on n'a plus* » (I 11).

En résumé, nous constatons que le DII est un outil offrant une plus grande traçabilité et visibilité des pratiques qui a démontré une prise de conscience et une attention particulière par rapport aux usages que les individus font de l'outil. Cette visibilité ne modifie pas le sens des responsabilités des travailleurs parce que les responsabilités sont identiques à celles précédant l'informatisation du dossier infirmier mais marquent probablement une certaine volonté des responsables à leur permettre, le cas échéant, une surveillance des pratiques soignantes en lien d'une part, avec la qualité de remplissage des dossiers infirmiers et d'autre part, le respect du règlement général sur la protection des données relative à la consultation des dossiers des patients. Cette traçabilité porte davantage sur la catégorie professionnelle des infirmières qui est la plus concernée par l'encodage des données dans le DII.

Même si certains informateurs ont pris conscience qu'il est désormais plus aisé d'identifier les erreurs et d'évaluer les pratiques individuelles (surtout infirmières), il semble que le DII représente davantage pour eux un outil structurant à la prise en charge du patient et un véritable outil au service de la qualité et la sécurité des soins.

#### 6.4 Age et expérience, une opposition mise en évidence

Nous avons vu dans ce papier que pour l'infirmier, les TIC sont de plus en plus présentes dans les soins avec de nouvelles applications numériques qui se développent et qui façonnent de nouvelles pratiques de soins et de nouvelles méthodes de travail. Chaque soignant est amené à encoder dans le DII et tous (médecins, infirmiers, aides-soignants, paramédicaux, assistants logistiques) ont suivi la même formation à l'utilisation du DII. Sur le terrain, le groupe infirmier est la catégorie professionnelle qui est la plus amenée à travailler avec le DII.

Dans cette section, nous souhaitons mettre en évidence les divergences recueillies lors des entretiens entre les acteurs hospitaliers appartenant à une même catégorie professionnelle ; l'analyse du terrain mettant en évidence une nette distinction entre les pratiques des infirmières récemment diplômées de celles qui sont plus expérimentées.

Les infirmières de jeunes générations sont davantage familiarisées avec l'ordinateur et la TIC et se sentent plus à l'aise sur le plan technologique. Ces infirmières ont une meilleure maîtrise de l'ordinateur en général. Les infirmières plus âgées avec plus d'expérience sont plus réfractaires à travailler avec un ordinateur parce que, contrairement aux plus jeunes, la majorité d'entre elles n'utilisent pas l'ordinateur dans leur quotidien. Ces infirmières perçoivent la manipulation de l'outil davantage comme une source d'inquiétude et nous ont fait part de craintes qui se traduisent par la peur de ne pas pouvoir s'adapter. La cheffe de projet parle d'une vraie fracture numérique au sein d'un même groupe professionnel avec une nouvelle reconfiguration des rapports de force. C'est une expertise d'une autre nature qui se profile, à partir d'un travail différent, peut-être plus intellectuel, en tous les cas, qui n'est plus uniquement centré sur des actes techniques.

*« Il y a des collègues plus âgées qui sont traumatisées et qui ont peur ». [...] Les plus jeunes sont nées avec un ordinateur. Nous, on a dû nous adapter » (I 7).*

A l'occasion de notre entretien avec la responsable de la cellule DPI, cette dernière nous confie : *« Il y a aussi un effet générationnel, les jeunes sont moins stressées parce qu'elles sont nées avec une souris en main ». Une jeune infirmière ajoute : « Non, moi ça allait parce que je suis d'une génération un peu plus jeune mais il y a certaines collègues qui ont dû sortir les rames. Certaines ne savaient même pas que fermer une fenêtre c'était la croix rouge en haut à droite, donc pour elles cela a été plus compliqué. Elles ont mis plus de temps à s'habituer car elles avaient aussi plus de craintes que les autres » (I 5).*

Nous avons vu que la formation à l'utilisation du DII est standardisée et identique pour toutes les catégories professionnelles. En outre, elle ne tient pas compte du niveau de connaissance de chaque utilisateur ni de son niveau de familiarisation à l'outil informatique. Sur le terrain, il apparaît que les plus jeunes acquièrent plus rapidement une aisance voire une maîtrise de l'outil et qu'elles sont amenées à résoudre les problèmes rencontrés ou à conseiller leurs collègues qui rencontrent des difficultés. De ce fait,



elles se sentent plus impliquées et apparaissent comme des relais aux yeux de leurs collègues infirmières. Comme déjà évoqué, une fonction de super utilisateur a été créée pour les infirmiers qui ont une fibre informatique et qui comprennent rapidement le fonctionnement du dossier infirmier. Ces super utilisateurs sont là pour aider leurs collègues en cas de difficultés. Ces groupes ont des compléments de formation et sont présentés comme ambassadeurs auprès de leurs collègues. Cette implication accroît leurs connaissances et leur autonomie dans l'équipe et creuse encore un décalage qui peut se traduire par un jeu de pouvoir parce que ces personnes ont développé des compétences qui leur permettent de résoudre rapidement les problèmes rencontrés avec le logiciel.

Aussi, certaines infirmières nouvellement diplômées n'ont quasiment pas connu le dossier infirmier papier et vivent donc le changement différemment puisqu'il n'y a pas eu de transition papier/ordinateur. Une infirmière plus âgée dit : « *c'est encore plus difficile pour nous parce qu'on a dû prendre le train en marche* ». De ce fait, les efforts déployés par les plus expérimentées pour s'adapter au changement sont beaucoup plus importants.

Nous constatons donc que des différences de rythme impactent l'organisation du travail. Dès lors, à titre d'exemples, la lenteur du système ou les éventuels bugs deviennent rapidement des motifs qui justifient pour les utilisatrices plus âgées de mettre l'ordinateur de côté et de recommencer à utiliser la feuille de papier parce qu'elles estiment que l'ordinateur va encore davantage les ralentir.

Ce décalage générationnel peut causer des frustrations et des tensions : chez les plus jeunes, parce que la lenteur de leurs collègues va les agacer, chez les plus âgées parce qu'elles vont se sentir inférieures et incapables de s'adapter au changement. Le terrain démontre que l'informatisation du dossier infirmier modifie les relations entre les infirmières. « *Mais c'est vrai qu'il peut y avoir de fameuses frustrations chez les infirmières plus âgées. Et des jeunes qui disent elle m'énerve, elle n'avance pas, elle ne fout rien et moi je dois tout faire, et puis elle dit qu'elle est fatiguée mais elle n'a rien foutu* » (I 7). « *On voit arriver des jeunes infirmières qui pensent tout savoir et qui disent de l'infirmière plus âgée : elle m'énerve, elle est lente, elle ne sait même pas ouvrir un ordinateur correctement ! C'est ce qu'on entend parfois* » (I 11).

Les infirmières se distinguent aussi par leurs valeurs professionnelles. Certaines infirmières nous disent que les plus jeunes ont souvent tendance à se réfugier derrière les écrans. Elles trouvent souvent des motifs pour rester occupées avec l'ordinateur plus longtemps. Elles sont davantage centrées sur la technologie et l'informatisation. Les plus âgées accordent plus d'importance aux valeurs humaines ou relationnelles et vont chercher à être plus présentes dans les chambres. Ces infirmières disent que c'était plus facile pour elles de cocher des cases sur un papier que, aujourd'hui, d'encoder des données dans un ordinateur. « *Taper à l'ordinateur c'est moins mon truc. Par contre, mes jeunes collègues, c'est l'inverse* » (I 7).

Une autre infirmière plus âgée précise : « *j'entends une jeune collègue dire à une patiente : ou hein madame, vous n'avez pas besoin de moi ! Moi, j'ai du travail vous savez !* » *Oui, mais, moi je dis, il y a du travail là mais il y a du travail ici aussi [dans la chambre] ! Quel est le plus important finalement ? le patient ou le dossier !* » (I 8).

Une question se pose : ces pratiques distinctes entre infirmières pourraient-elles avoir un impact sur la qualité de remplissage du dossier ? « *Les personnes de mon âge vont plus écrire dans un dossier mais les jeunes vont plus taper car elles ont plus l'habitude d'un clavier et elles sont beaucoup plus rapides et plus à l'aise avec l'ordinateur* » (I 7). « *Les plus anciennes vont moins finaliser le dossier parce que si elles sont bloquées elles vont vite passer à autre chose. Elles ne vont pas se formaliser* » (I 6).

### 6.5 L'informatisation du dossier : infirmières versus aides-soignantes

Il ressort du terrain que l'informatisation du dossier infirmier tendrait à limiter le travail des aides-soignants alors que, dans le même temps, les médias nous informent de la parution d'un arrêté royal, publié au Moniteur belge le 18 mars dernier, et entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre prochain, par lequel les aides-soignants se voient confier plus de responsabilités.

Actuellement, les aides-soignants peuvent assurer dix-huit tâches après délégation par un infirmier. Il s'agit par exemple d'assurer l'hygiène des patients, de prendre les pulsations ou la température corporelle. Par cet arrêté royal, ils se voient confier des actes supplémentaires et donc plus de responsabilités. Selon la ministre De Block, cette délégation de tâches laissera plus de temps aux infirmiers pour mettre leurs connaissances et compétences au service du patient. Pour pouvoir exercer ces nouveaux actes, les aides-soignants devront suivre cent-cinquante heures de formation. Le CHR de Verviers a rapidement réagi et vient de lancer un avis interne au personnel titulaire du visa aide-soignant pour l'inviter à participer à une séance d'information organisée relativement à l'élargissement de la liste des actes qu'ils peuvent poser. Nous avons saisi l'opportunité de cette actualité pour solliciter l'opinion des aides-soignants que nous avons rencontrés dans le cadre de notre recherche.

Il nous paraît utile de citer les cadres juridiques qui règlementent la profession infirmière et le métier d'aide-soignant, à savoir, la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé qui définit en son chapitre 4 la base légale de l'exercice de la profession infirmière. L'arrêté royal du 18 juin 1990 énonce notamment la liste des prestations techniques de soins infirmiers et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que leurs modalités d'exécution. Pour terminer, la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier sont reprises par l'arrêté royal du 27 septembre 2006. Pour les aides-soignants, il faut se référer aux arrêtés du 12 janvier 2006 et du 27 février 2019 qui énoncent les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

Selon l'article 59 de la loi coordonnée du 10 mai 2015, on entend par « *aide-soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée* ».

La notion de contrôle présente dans les textes réglementaires est importante et confirme que les aides-soignants exercent sous la responsabilité de l'infirmier. L'analyse du terrain révèle que l'informatisation du dossier infirmier renforce le positionnement subalterne des aides-soignantes par

rapport aux infirmiers ; les situations rencontrées se traduisent de différentes manières dans l'organisation du travail et dans les relations.

La première distinction est l'accès au dossier infirmier. Nous avons expliqué à l'un des chapitres précédents que les aides-soignants, contrairement aux infirmiers, ont accès au dossier infirmier en lecture et en écriture mais uniquement pour les actes que la loi les autorise à poser. Cette différence marque une nette séparation dans l'exercice des pratiques professionnelles et traduit une division du travail plus poussée. « *Quant à mes actes, je peux regarder mais je ne sais presque rien noter dans l'ordinateur. Si je ne suis pas infirmière, je ne sais pas aller encoder des choses* » (I 13).

En ce qui concerne les actes plus spécifiques qui peuvent être délégués, tel qu'une prise de paramètres chez un patient, l'infirmière laisse faire l'aide-soignante mais va, par la suite, contrôler si le travail ainsi que l'encodage dans le dossier infirmier ont été réalisés correctement. Plusieurs infirmières nous ont rappelé au cours des entretiens qu'elles restent responsables, au regard de la loi, du travail réalisé par l'aide-soignante. L'informatisation du dossier permet aux infirmières de contrôler rapidement et discrètement le travail de l'aide-soignante.

Selon les aides-soignants, depuis l'informatisation du dossier, les infirmiers veulent passer plus de temps devant l'ordinateur. « *En après-midi, les infirmières cochent quasi tout à la place de l'aide-soignante ; elles veulent passer plus de temps avec l'ordinateur. Il y en a certaines qui ne bougent quasiment pas* » (I 12).

Le développement de l'informatique en unités de soins offre la possibilité aux infirmières (surtout aux plus jeunes) de développer des compétences particulières et d'acquérir une bonne maîtrise des outils installés. Au contraire, l'aide-soignante utilise très peu l'ordinateur dans sa pratique quotidienne de soignante, cette réalité est accentuée par le fait que les infirmières semblent s'accaparer l'outil. « *Dans le dossier infirmier, on coche les tâches qu'on fait mais c'est très limité. C'est juste cocher les toilettes ou les repas parce que les infirmières prennent systématiquement le reste en charge alors qu'on pourrait très bien le faire et faire d'autres choses en plus mais elles veulent faire tout elles-mêmes* ». [...] *Par exemple il arrive qu'au moment de débarrasser les repas, une infirmière suive avec l'ordinateur et se charge de l'encodage au fur et à mesure. Moi, je débarrasse et elle encode dans l'ordinateur* » (I 12). « *Moi, je vais par exemple prendre les pulsations et la température mais c'est elle [l'infirmière] qui valide. C'est moi qui prends mais c'est sur son nom et c'est elle qui encode et qui valide, c'est souvent comme ça* » (I 14).

Les aides-soignantes expliquent qu'elles remplissaient plus dans le dossier papier parce qu'elles avaient plus l'occasion de prendre le dossier dans la chambre et de signer ce qu'elles avaient fait. Ici, les infirmières prennent la main et encodent dans le dossier les tâches réalisées par l'aide-soignante, souvent au motif d'un gain de temps. L'aide-soignante doit parfois se précipiter sur l'ordinateur si elle veut cocher le soin qu'elle a fait. Cela est pourtant contraire aux consignes puisque chaque utilisateur dispose d'un accès personnalisé pour encoder les actes qu'il réalise. En pratique, les dossiers infirmiers ne reflètent pas l'activité de l'aide-soignante. « *Le cystoflow<sup>2</sup> même si c'est moi qui m'en occupe et qui le vide, c'est souvent l'infirmière qui l'aura encodé quand même* » (I 14). « *Même une toilette que je fais, je m'aperçois que*

---

<sup>2</sup> Cystoflow : dispositif de recueil des urines du patient collectées par sonde urinaire.

*l'infirmière a déjà tout coché à son nom. Je vois que la croix est cochée. Comme le suivi de l'alimentation, c'est moi qui l'ai fait et malgré tout, cela a été coché avant par l'infirmière » (I 12).*

*« En après-midi alors là je ne note rien du tout dans l'ordinateur parce que les infirmières sont tellement sur les ordinateurs que je dois leur transmettre les données et ce sont elles qui encodent. Je me dis que je suis là toute la journée et c'est comme si je n'avais rien fait car je n'ai pas touché à l'ordinateur. C'est l'infirmière qui est sur l'ordinateur tout l'après-midi et c'est elle qui encode ce que je fais. C'est comme ça. Mais je sais que c'est parce que cela permet aussi de gagner beaucoup de temps » (I 15).*

En outre, les aides-soignantes ne sont engagées que sur base de contrats à temps partiels, dans des régimes mi-temps ou trois-quarts temps. Cela explique en partie le fait que les aides-soignantes se sentent moins impliquées par l'informatisation du dossier. En étant moins présentes dans l'unité de soins, elles se sentent souvent en décalage par rapport aux infirmières qui sont beaucoup plus présentes et plus nombreuses dans l'unité (les normes d'encadrement en personnel sont uniquement infirmières et correspondent à 13 ETP infirmiers/30 lits).

Ces pratiques recentrent les aides-soignantes sur un travail de proximité avec le patient et s'appuient davantage sur des soins relationnels. L'infirmier va être axé plutôt sur la technicité. Avec l'informatisation du dossier, les infirmières délaissent les tâches les plus ingrates qui peuvent être faites par un personnel subalterne. Il s'agit la plupart du temps de besognes qui ne nécessitent pas une expertise spécifique telles que, évacuer le linge, sortir les poubelles, changer un patient. L'aide-soignante a le sentiment d'être reléguée dans des missions de base. Autre source de clivage, le fait que les aides-soignantes expliquent qu'avec la nouvelle organisation de travail, les aides-soignantes ne participent pas au rapport pour ne pas perdre du temps avec les toilettes des patients. *« Avec le dossier informatisé, on est quand même moins aidées pour les toilettes maintenant. Avant, on avait quand même souvent de l'aide. Ici, c'est vraiment difficile d'avoir un coup de main. Cela n'arrive plus. C'est vraiment flagrant pour nous les aides-soignantes, parce qu'elles [les infirmières] passent tout leur temps devant leur ordinateur maintenant » [...] Certaines ne toucheront pas aux sachets de linge même si elles ont fini leur travail. D'autres, n'hésitent pas à nous demander de les vider. Elles nous disent va un peu jeter ça toi, c'est frustrant » (I 14).*

En ce qui concerne l'élargissement des tâches autorisées par le nouvel arrêté royal, les aides-soignantes estiment que cela est très injuste. Selon elles, depuis l'informatisation des dossiers, les rôles des infirmières et des aides-soignantes ont beaucoup changé. Si des tâches viennent à être retirées aux infirmières au bénéfice des aides-soignantes, les infirmières vont encore plus qu'aujourd'hui se concentrer sur l'ordinateur, les médicaments et les soins spécifiques aux patients et les aides-soignantes sur les tâches relevant du « sale boulot ».

Avec l'informatisation, l'aide-soignante semble plus que jamais au service de l'infirmière avec un sentiment de dépendance qui déséquilibre la relation. Les aides-soignantes disent qu'elles ont tendance à se laisser faire parce qu'elles sont minoritaires et que les situations décrites n'occasionnent aucune réaction du staff d'encadrement. Ce vécu et ces ressentiments les rendent plus vulnérables et moins revendicatrices d'une situation qu'elles jugent parfois peu acceptable.

## 7. Discussion

L'objectif de ce chapitre vise la mise en relation du cadre théorique et de la partie empirique de notre travail de recherche qui va nous permettre de valider, invalider ou nuancer les hypothèses énoncées en veillant à la distanciation nécessaire pour éviter toute généralisation. Pour répondre à notre question de recherche, à savoir : « De quelle manière l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé modifie les pratiques professionnelles des acteurs hospitaliers au sein du CHR de Verviers ? », nous avons énoncé trois hypothèses qui se sont construites au départ des lectures réalisées et des entretiens de la phase exploratoire.

### 7.1 **L'implémentation du dossier infirmier informatisé modifie l'ordre négocié au sein de l'organisation hospitalière (H1)**

Nous avons vu que le concept de l'ordre négocié de Anselm Strauss permet de rendre compte de la manière dont se construit un ordre social. Comment se maintient l'ordre social au sein d'un hôpital qui doit faire face à des changements permanents ? Nous savons que l'hôpital est un lieu professionnalisé où différents groupes professionnels coexistent. Dès lors, comment ces différents groupes parviennent à se coordonner autour de l'implémentation d'un nouvel outil ? L'auteur insiste aussi sur la temporalité limitée de l'ordre négocié d'où découle l'importance de la négociation (Strauss : 1992).

La vision du monde social de l'auteur représente un réseau d'acteurs en coopération et en conflit permanent parce que l'ordre social est contingent et donc toujours sujet à une remise en question et à de nouvelles négociations. Les acteurs sont alors impliqués dans un perpétuel processus de reconstruction d'ordres sociaux (Strauss : 1992).

Selon l'auteur, tout changement détruit l'ordre établi et impose une nouvelle réévaluation de laquelle découleront de nouveaux changements dans l'ordre organisationnel. De là, nous considérons que l'informatisation du dossier infirmier détruit l'ordre social qui doit être reconstitué par les négociations des acteurs parce que cette informatisation modifie l'organisation et exige en effet l'application de nouvelles méthodes de travail qui viennent bouleverser l'ordre établi (Strauss : 1992).

Sur le terrain, les règles induites par l'informatisation s'avèrent être incomplètes et pas suffisamment explicites et font qu'elles donnent lieu à des conduites diverses qui doivent être continuellement négociées par les acteurs concernés.

Prenons l'exemple de l'injonction qui est donnée par la direction de l'hôpital à l'équipe infirmière de compléter le dossier en temps réel au chevet du patient. Plusieurs éléments rejoignent la théorie de l'auteur. Les informateurs rencontrés considèrent qu'il s'agit davantage d'une recommandation que d'une injonction. La plupart du personnel infirmier interviewé met en évidence les limites de l'outil et les difficultés rencontrées, notamment, avec le système wifi de l'institution dont la lenteur ne leur permettrait pas de rencontrer la demande d'encodage en temps réel. De ce fait, chacun négocie la règle selon ses propres intérêts et objectifs.

En pratique, certains vont laisser le chariot DPI dans le couloir et encoder les données, patient par patient, en sortant de la chambre. D'autres vont faire plusieurs patients et vont ultérieurement encoder les données dans le dossier. D'autres encore vont revenir à la méthode du papier pour écrire les données et encoder par la suite dans le dossier. D'après Slomian et Schoenaers, « *la persistance de la routine du petit papier est donc également une stratégie rationnelle de contournement de la règle formelle* » (Slomian et Schoenaers, 2016 : 150).

Les informateurs qui mettent en évidence le manque d'ergonomie de l'outil vont se contenter d'un encodage limité aux variables du dossier considérées - par eux-mêmes - comme prioritaires. Ceux qui vont estimer qu'ils n'ont pas la maîtrise suffisante de l'outil vont négocier avec un collègue pour encoder les paramètres du patient à leur place. Certains autres, qui estiment que le dossier informatisé est beaucoup trop détaillé et complexe, vont faire appel au collectif de travail pour négocier de ne pas encoder dans le dossier au motif par exemple d'une charge de travail trop importante ou d'un manque de personnel.

Chaque acteur, selon le contexte dans lequel il se trouve, son appréciation de la situation mais aussi selon différents facteurs dont son niveau de maîtrise des fonctionnalités de l'outil, va négocier et appliquer une pratique organisationnelle individuelle ou collective pour contourner la demande d'encodage en temps réel et l'utilisation du dossier informatisé, estimé trop contraignant par rapport au dossier papier. Ces négociations ne font cependant pas l'objet d'une quelconque formalisation.

Slomian et Schoenaers font le même constat en précisant : « [...] *Les infirmières développent des stratégies intimement liées au contexte dans lequel elles évoluent quotidiennement, mais aussi à leur propre rationalité ou intérêt* » (2016 : 152).

Ne perdons pas de vue que, l'outil à lui seul n'agit pas et ne produit aucun effet ni changement ; nous avons évoqué qu'il agit selon l'interaction existant entre l'outil et les acteurs et le fait qu'il soit imposé par la direction ne suffit pas (Bernoux : 2004). Selon le dictionnaire des politiques publiques, les instruments offrent aux individus des capacités d'actions très différentes et la mise en œuvre d'un outil modifie l'ordre établi en faisant naître des relations d'accords et de conflits qui permettent d'appréhender l'implémentation de manière très différente d'un individu à l'autre et ce, dans une même catégorie professionnelle. Aussi, les auteurs du dictionnaire des politiques publiques mettent en évidence les écarts entre les besoins d'une institution, les intentions des acteurs et les effets sur le terrain (Boussaguet et al., 2014) ce qui rejoint également les éléments qui émergent du terrain et développés dans l'analyse en ce que nous avons mis en évidence le décalage entre les injonctions et les pratiques à l'œuvre dépendant de chaque acteur. Slomian et Schoenaers partagent ce point de vue : « [...] *les situations rapportées [...] montrent que l'implémentation d'une solution informatique ne peut jamais être totalement imposée aux acteurs* » (2016 : 150). Ajoutons que nous sommes dans un contexte où l'informatisation du dossier infirmier et plus largement du dossier patient à venir font partie d'une volonté gouvernementale et de recommandations fédérales qui inscrivent ces changements plus largement au sein de l'évolution actuelle de la société et qui donne à l'outil une profonde légitimité.

C'est donc au travers de ces pratiques et conduites très différentes de contournement de l'outil que les individus parviennent à construire l'ordre. Ainsi, au vu de ce qui précède, nous rejoignons l'auteur sur les éléments développés qui nous amènent à la conclusion de la validation de notre hypothèse selon laquelle l'implémentation du dossier infirmier informatisé modifie l'ordre négocié au sein de l'organisation hospitalière.

## **7.2 L'implémentation du dossier infirmier informatisé modifie la division du travail entre les infirmières et les aides-soignantes (H2)**

Nous présentons dans notre partie théorique l'intérêt de Everett Hughes pour la division du travail (Hughes : 1996). Cet intérêt se révèle être pertinent pour notre étude en ce qu'il interroge les frontières du travail de l'infirmière et celui relevant des autres fonctions hospitalières. Quel type d'usage font les individus de l'outil selon la catégorie professionnelle à laquelle ils appartiennent ? L'implémentation du dossier infirmier informatisé mobilise principalement le travail infirmier et celui de l'aide-soignante, s'agissant ici des deux catégories professionnelles les plus concernées par le dossier infirmier.

Toute nouvelle organisation ou nouvelle mission amène de facto un glissement de tâches d'une catégorie professionnelle vers une autre. Selon l'auteur, certaines tâches représentent des valeurs différentes. Il y a celles plutôt « nobles » et celles qui sont plus désignées comme du « sale boulot ». On ne peut comprendre la division du travail que dans le processus de la délégation du sale boulot. Dans son étude sur la profession infirmière, les infirmières à qui les médecins ont délégué les tâches ingrates vont, elles aussi, pouvoir s'élever si elles parviennent à sous-traiter ces tâches à un autre groupe. Les données récoltées du terrain mettent en évidence le fait que l'implémentation du dossier infirmier fait évoluer la pratique infirmière par une délégation des tâches les moins nobles ou les plus ingrates vers les aides-soignantes ce qui crée chez elles un sentiment d'infériorisation.

Comme le fait Hughes dans son analyse, il faut se demander pourquoi certaines tâches sont accomplies par les infirmières et pourquoi d'autres ne le sont pas (Hughes : 1996). Nous rejoignons l'auteur sur le fait que les réponses à cette question interrogent la frontière entre le travail de l'infirmière et celui de l'aide-soignante. Nous constatons en effet des données récoltées du terrain que l'informatisation du dossier infirmier marque davantage les frontières entre les deux catégories professionnelles en recentrant les infirmières dans un travail (présentement informatique ou bureautique) nécessitant une compétence spécifique et reléguant celui de l'aide-soignante à un travail plus social mais perçu comme ingrat.

Comme le suggère Hughes dans son ouvrage, nous nous sommes questionnés sur l'utilisation de l'outil. Des données récoltées, nous constatons que, depuis son informatisation, le dossier infirmier n'est plus tellement complété par l'aide-soignante mais quasi essentiellement par l'infirmière. Rappelons que l'implémentation du dossier infirmier est une innovation au sein des unités de soins. Il s'agit d'une nouvelle tâche qui occupe un espace temporel et social important parce que, d'une part, il mobilise l'ensemble des équipes infirmières d'une unité de soins et, d'autre part, son utilisation représente une bonne partie du temps de travail des infirmières. Nos précédents chapitres ont expliqué à quel point les hôpitaux sont envahis depuis quelques années par les nouvelles technologies et vont encore l'être les années à venir ; compte tenu aussi de la volonté de la ministre De Block d'équiper tous les hôpitaux d'un dossier patient informatisé et

intégré. Dans cette perspective, nous notons que, sur le terrain, les infirmières abandonnent des tâches qu'elles considèrent comme moins techniques ou requérant moins de compétences vers les aides-soignantes afin de leur permettre de récupérer du temps et consacrer plus de temps à compléter le dossier infirmier et viser, de ce fait, une meilleure qualité de la prise en charge du patient. « Le bon professionnel de santé au bon endroit » est le sous-titre très évocateur donné par la ministre De Block à un article, publié le 16 mars 2019 et intitulé « L'aide-soignant pourra bientôt prodiguer davantage de soins aux patients » que l'on retrouve sur le site internet de la ministre. L'infirmière est consciente du fait que l'informatisation va, à l'avenir, occuper une place prépondérante dans l'organisation des soins. Cela nous invite à considérer que la complétude du dossier infirmier informatisé se situerait en haut de l'échelle des valeurs.

Dans les unités étudiées, nous constatons que les infirmières sont plus nombreuses et ont tendance à s'appropriier les ordinateurs. Elles utilisent beaucoup plus le logiciel que les aides-soignantes et arrivent à maîtriser mieux l'outil. Pour Lascoumes et Le Galès, l'outil organise les rapports sociaux et donc les rapports de forces qui conduisent à privilégier certains intérêts plutôt que d'autres (Lascoumes et Le Galès : 2004). Les infirmières deviennent capables de régler les problèmes informatiques qui surviennent dans l'unité contrairement aux aides-soignantes qui sont beaucoup plus dépendantes. Les infirmières sont capables de maîtriser les zones d'incertitudes et donc détiennent un pouvoir qui correspond, selon Crozier et Friedberg, au pouvoir découlant de la possession d'une compétence particulière qui les rend indispensable dans la chaîne de l'organisation hospitalière (Crozier et Friedberg : 1977). Les aides-soignantes ont une nouvelle zone d'incertitude qui les rend plus dépendantes de l'outil et de leurs collègues. Les aides-soignantes se plaignent et se disent frustrées. Ces situations sont l'objet d'une insatisfaction des aides-soignantes au niveau professionnel. Comme le soulignent ces auteurs, ce pouvoir influence le comportement des individus en ce qu'ils adoptent des comportements stratégiques pour maîtriser les sources d'incertitudes et les compétences qu'ils détiennent dans leur travail.

Nous rejoignons aussi Chiapello et Gilbert sur l'autonomie des acteurs (Chiapello et Gilbert : 2013). En effet, le terrain met en évidence à quel point les infirmiers sont autonomes dans le contournement de l'outil puisque qu'ils disposent d'une grande capacité à décider seuls, à titre d'exemple, du niveau de complétude du dossier selon la situation observée sur le terrain c'est-à-dire par exemple une charge de travail importante, le manque de personnel ou la lenteur du système. Contrairement à eux, les aides-soignants disposent d'une moindre capacité à résister ou à transformer l'utilisation du dossier informatisé. L'usage du dossier infirmier est donc très différent d'une catégorie professionnelle à l'autre considérant que les infirmières, qui disposent d'une position plus favorable dans la hiérarchie du travail, sont en mesure d'invoquer l'urgence ou la priorité du soin pour contourner l'outil.

Ce développement nous permet également d'apprécier les travaux développés au chapitre précédent sur l'ordre négocié (Strauss : 1992). Pour Strauss, les infirmières sont des professionnels et les aides-soignantes des profanes. Chaque catégorie professionnelle va dès lors développer une négociation différente parce qu'elle poursuit des objectifs différents selon lesquels chacun établit son ordre social. Les aides-soignantes ne sont pas ou dans tous les cas nettement moins en mesure de négocier, la négociation se limite principalement à la catégorie professionnelle des infirmières.



Nous souhaitons préciser que Hughes montre que le sale boulot peut constituer une source de pouvoir pour ces travailleurs en bas de l'échelle (Hughes : 1996). Notre recherche permet aussi d'identifier ce principe par le fait que les aides-soignantes, en étant centrées sur les soins aux patients, exercent une mission de plus grande proximité qui leur permet de détenir un savoir différent sur les patients qui échappent aux infirmières qui sont de plus en plus souvent détournées de l'aspect relationnel et social.

L'implémentation du dossier infirmier laisse moins la possibilité à l'aide-soignante de travailler avec l'infirmière. Les aides-soignantes semblent avoir du mal à trouver leur place et se concentrent alors sur les actes autorisés au patient. Elles ne sont pas non plus assez nombreuses que pour être présentes tous les jours dans les unités de soins, d'autant qu'elles sont dans un régime de travail à temps partiel. Lorsqu'il n'y a pas d'aides-soignantes dans l'unité, c'est l'équipe infirmière qui assure leur travail. L'informatisation du dossier accentue l'empiètement des infirmières sur le travail des aides-soignantes et le contrôle sur leurs actes du fait aussi d'une prise de conscience de leurs responsabilités. Pour toutes ces raisons, l'informatisation a pour effet de tenir à distance les aides-soignantes du DII. L'augmentation de la délégation d'actes infirmiers aux aides-soignants - prévue par l'arrêté royal de ce 27 février 2019 - ira probablement dans le même sens et accentuera le phénomène.

Nous en déduisons que l'implémentation du dossier infirmier a pour conséquence une approche très différenciée dans les interactions et dans la conduite des pratiques entre la catégorie professionnelle des infirmières et celle des aides-soignantes. Nous constatons que la division du travail s'accroît et modifie les rapports entre les acteurs avec des conséquences sur l'organisation des soins. La délégation des tâches permet à la catégorie des infirmières de s'élever dans la hiérarchie sociale de l'organisation hospitalière et de marquer davantage les frontières de la division du travail. Au vu de ce développement, nous confirmons cette seconde hypothèse : l'implémentation du dossier infirmier informatisé modifie la division du travail entre les infirmières et les aides-soignantes en ce qu'elle la formalise davantage.

### **7.3 L'utilisation du dossier infirmier informatisé diffère au sein de la catégorie professionnelle des infirmières (H3)**

Le groupe infirmier dispose d'un pouvoir dans l'organisation hospitalière parce qu'en plus d'exercer une profession légitime qui occupe une place dans la hiérarchie sociale (Hughes : 1997), et qui le rend indispensable dans la chaîne du soin, il maîtrise une zone d'incertitude importante liée à la plus ou moins grande maîtrise du dossier infirmier informatisé. En effet, le pouvoir du groupe infirmier est accentué d'une part parce que c'est sur lui que l'organisation mise pour la complétude du DII et, d'autre part, par le fait que le DII représente au quotidien une part importante de la logique de travail.

Nous avons vu que le pouvoir n'existe qu'au travers de la relation entre deux individus, liés l'un à l'autre dans l'accomplissement d'une tâche donnée et dans un ensemble organisé. C'est en cela que Crozier et Friedberg considèrent que pouvoir et organisation sont indissolublement liés (Crozier et Friedberg : 1977). Ces relations de pouvoir leur permettent d'atteindre leurs objectifs propres et en même temps, ils ne peuvent disposer de pouvoir les uns sur les autres qu'au travers d'objectifs collectifs dont les contraintes propres conditionnent leurs négociations. D'après eux, « *le pouvoir, les capacités d'action des individus ou*

*des groupes au sein d'une organisation dépendent en fin de compte du contrôle qu'ils peuvent exercer sur une source d'incertitude affectant la capacité de l'organisation d'atteindre ses objectifs* » (1977 : 79).

L'objectif poursuivi par le groupe infirmier est de compléter au mieux le DII tout en précisant que le soin au patient reste, pour eux, la priorité. Sur le terrain, nous constatons que la complétude du dossier dépend de toute une série de paramètres internes et organisationnels mais également des contraintes et spécificités propres à chaque individu, dont le plus marqué est l'effet générationnel qui influe fortement sur la maîtrise de l'outil. A l'unanimité des entretiens menés, cette variable a émergé du terrain. Le niveau d'appropriation de l'outil est souvent lié à l'âge. Les infirmières récemment diplômées reconnaissent le bien-fondé de l'arrivée des TIC dans les unités de soins et sont familiarisées avec les outils informatiques. Elles ne souhaitent pas travailler avec des dossiers papiers volumineux qui ne reflètent pas une vision de modernité. A l'inverse, les infirmières les plus expérimentées font part de sentiments de peur et sont récalcitrantes à l'utilisation du DII. Selon Berbain et Minvielle, *« la méconnaissance instrumentale entraîne des lenteurs et des hésitations dans l'utilisation de l'outil informatique. Cette lenteur est relative. [...] elle dépend de l'utilisateur [...] »* (2001 : 88). Il en ressort que le niveau d'appropriation de l'outil est *« très hétérogène selon le niveau de connaissance de l'individu »* (Berbain et Minvielle, 2001 : 88).

Rappelons que l'objectif de la direction est que le dossier infirmier soit complété le plus précisément possible pour qu'il puisse refléter à sa lecture la prise en charge optimale du patient. Le volet extraction automatisée des données DI-RHM reste également un des objectifs poursuivis par la direction pour accéder à un meilleur score de l'activité infirmière et viser un meilleur financement. Comme nous l'avons souligné, un dossier bien complété offrira une série d'avantages comme la lisibilité des informations, une meilleure accessibilité des données en temps réel, une continuité des soins, une centralisation des informations, une sécurisation de la prise en charge, etc. Cependant, la notion d'un *« dossier bien complété »* est perçue différemment d'un utilisateur à l'autre.

L'informatisation du dossier vise aussi la standardisation des pratiques et une meilleure qualité de la prise en charge du patient qui passent par de nouvelles méthodes de travail dont, par exemple, un encodage des données en temps réel.

Nous soulignons que les usages liés à l'utilisation du dossier informatisé sont très différenciés au sein du groupe infirmier parce que liés à des contraintes propres et des spécificités individuelles. Le niveau de pouvoir lié à la maîtrise d'une compétence spécifique dont dispose chaque individu dépend du contrôle qu'il peut exercer sur cette source d'incertitude, cela affectant aussi la capacité de l'organisation d'atteindre ses objectifs (Crozier et Friedberg : 1977). Cette théorie correspond précisément à notre analyse du terrain. Dans la mesure où le bon fonctionnement du dossier infirmier informatisé dépend du groupe infirmier, ceux qui en sont chargés en retire un pouvoir et ceux qui en ont la plus grande maîtrise en retire un plus grand pouvoir.

Les auteurs ont fait une typologie des sources d'incertitudes particulièrement pertinentes pour une organisation. Celle qui concerne notre analyse découle de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle (1977 : 83). Pour les auteurs, il s'agit de *« l'expert qui dispose du savoir-faire, des connaissances [...] qui lui permettent de résoudre certains problèmes pour l'organisation »*.

Selon les auteurs, c'est cet individu qui sera dans la meilleure position pour négocier et pour imposer ses propres bons vouloirs (1977 : 90).

Chaque individu dispose ainsi, comme nous le soulignons, d'une marge de manœuvre qui lui est propre et différenciée. Cela permet de se rendre aussi compte de l'écart entre la part officielle et prescrite d'une organisation et les processus / pratiques réels qui caractérisent le fonctionnement de l'outil sur le terrain.

Ce chapitre nous permet également de faire référence aux outils de gestion tels que présentés par Chiapello et Gilbert en ce qu'ils sont dotés d'une triple description (Chiapello et Gilbert, 2013 : 32). L'analyse de terrain met en évidence trois dimensions. La première concerne la dimension fonctionnelle c'est-à-dire celle portant sur la performance de l'outil. Nous venons de décrire ci-dessus les objectifs et les avantages de l'informatisation du dossier infirmier qui représentent son caractère fonctionnel. L'analyse de terrain a mis en évidence la dimension structurelle de l'outil en ce qu'elle représente les pratiques du terrain avec lesquelles l'outil entretient des rapports d'interdépendance. Le groupe infirmier dit avoir un sentiment de dépendance à l'égard du système par le fait que c'est l'ordinateur qui rythme le travail des soignants mais cette dépendance est passagère parce que les utilisateurs contournent son utilisation sur le terrain. La dimension processuelle examine la manière dont il faut se servir de l'outil et se distancie de la pratique réelle.

Les données issues du terrain rejoignent également le point de vue des auteurs en ce qu'ils font référence à la capacité des utilisateurs à refuser l'outil, à lui résister, à le transformer ou à l'adapter, chacun selon le niveau d'appropriation. L'acteur revendique et négocie continuellement face aux contraintes qui lui sont imposées par l'outil. L'objet n'est plus uniquement technique mais revêt une dimension sociale.

Le dictionnaire des politiques publiques corrobore également notre hypothèse dans le sens où les acteurs ont tendance à privilégier certains intérêts et à en écarter d'autres. Les instruments déterminent les comportements et offrent aux individus des capacités d'actions très différentes. Cela permet de considérer les différentes réactions des acteurs face aux règles / outils qui leur sont imposés (Boussaguet et al., 2014).

Nous déduisons que les stratégies d'adaptation sont différentes au sein de la profession infirmière. Ces différents éléments nous amènent à confirmer que l'utilisation du dossier infirmier informatisé diffère au sein de la catégorie professionnelle des infirmières.

## **8. Conclusion**

Par ce travail de recherche, nous avons souhaité répondre à la question suivante : « De quelle manière l'implémentation d'un dossier infirmier informatisé modifie les pratiques professionnelles des acteurs hospitaliers au sein du CHR de Verviers ? L'introduction du volet infirmier au dossier informatisé actuel du CHR de Verviers a débuté il y a quelques mois et se déroule de manière progressive. Parallèlement à cette informatisation, des formations standardisées ont été dispensées à toutes les équipes concernées afin de les accompagner au mieux dans la transition du papier vers la version digitale du dossier.

L'analyse des usages s'est réalisée au travers des pratiques soignantes à l'œuvre dans deux unités de soins du CHR de Verviers. Nous avons commencé par l'unité de neurologie parce que cette unité a été la dernière implémentée au moment de notre recherche, soit début 2019. Nous avons ensuite décidé de l'étendre à la gériatrie s'agissant du premier secteur informatisé en mai-juin 2018. L'analyse qui résulte de notre travail de recherche ne permet pas de distinguer des pratiques ou des méthodologies différentes d'une unité à l'autre et ce, malgré le fait que les deux unités aient été informatisées à plusieurs mois d'intervalle.

Dans les deux unités, les acteurs énoncent les mêmes inconvénients et y trouvent les mêmes avantages et les pratiques professionnelles sont toutes très dépendantes des acteurs. Les avantages du DII cités le plus souvent sont la lisibilité de l'écriture, l'accessibilité des données en temps réel, la centralisation de l'information, la sécurisation de l'information, des raisons écologiques et hygiéniques, etc. Les inconvénients relèvent quasi exclusivement de la lenteur du système et du manque d'ergonomie de l'outil c'est-à-dire des difficultés qui empêchent les utilisateurs d'accéder rapidement et facilement à l'information. Ce sont les raisons pour lesquelles ils pensent que le DII leur occasionne une charge de travail supplémentaire et des pertes de temps importantes. Pour les utilisateurs, à l'heure actuelle, le DII rythme le travail du soignant.

Ce travail de recherche permet d'identifier des profils d'utilisateurs avec des niveaux d'implication qui se distinguent les uns des autres au sein de la catégorie professionnelle des infirmiers. Cette distinction résulte d'éléments propres à chaque individu. La variable principale qui les distingue est l'âge. En effet, l'âge et l'utilisation de l'ordinateur au quotidien impactent fortement le niveau d'appropriation de l'outil. Nous avons noté un écart considérable dans la maîtrise et l'utilisation des fonctionnalités du logiciel entre une jeune infirmière et une infirmière plus expérimentée. L'infirmière de jeune génération, née avec une souris en main, s'adapte rapidement et acquiert une maîtrise qui lui permet d'encoder facilement les données et de remplir rapidement les champs indiqués. Sa valeur professionnelle est davantage orientée vers la technicité, l'informatisation et l'innovation. Ces infirmières regrettent principalement la lenteur du système parce qu'elles aimeraient aller plus vite. Sur le terrain, il apparaît qu'elles passent plus de temps que leurs collègues devant l'ordinateur.

L'infirmière plus expérimentée va davantage s'intéresser au soin du patient en priorisant la relation soignant-soigné. Ces acteurs vont avoir plus de craintes à utiliser le dossier informatisé et de difficultés à prendre de nouvelles habitudes de travail. Ils sont plus réfractaires au changement de leurs pratiques. Dès lors, ils vont évoquer diverses difficultés pour légitimer le contournement de l'outil, comme la lenteur du système, le manque de temps, la surcharge de travail, les urgences, le manque de personnel, le manque de

maîtrise, etc. Elles vont dès lors continuer à travailler avec un papier dans la poche et compléter le dossier ultérieurement, ou demander à une collègue de le compléter pour elles, ou le compléter plus tard en fin de journée ou encore invoquer l'urgence pour le compléter partiellement voire ne pas le compléter du tout. Ces éléments nous ont permis de valider notre hypothèse et de confirmer que l'informatisation diffère au sein de la catégorie professionnelle des infirmières.

Nous comprenons aussi à quel point l'implémentation du DII au sein des unités de soins vient bouleverser l'ordre négocié au sein de l'hôpital et occasionne de perpétuelles négociations entre acteurs pour retrouver un ordre social. C'est au travers de pratiques et conduites différenciées autour de méthodes de contournement que l'ordre va se rétablir. Selon la théorie de la rationalité limitée, l'objectif des acteurs n'est pas de trouver la meilleure solution mais la moins mauvaise en fonction des possibilités qui s'offrent à eux.

Cela corrobore aussi la théorie que l'outil à lui seul ne modifie pas les pratiques et que le fait qu'il soit imposé par la direction n'est pas suffisant. L'implémentation ne réussit pleinement que si le personnel adhère à l'outil et accepte de se l'approprier en y trouvant, malgré les contraintes, un intérêt individuel. Contre toute attente, les personnels confirment que malgré les contraintes évoquées, ils ne souhaitent pourtant pas revenir à la version papier du dossier infirmier. Dès lors, nous relevons une acceptabilité de l'outil par laquelle ils reconnaissent sa légitimité sur base d'une certaine efficacité organisationnelle : il y a moins de gaspillage, plus de propreté, une meilleure centralisation des données du patient, etc.

Par ailleurs, le terrain nous a amené à nous intéresser également à la catégorie professionnelle des aides-soignants. En effet, nous avons constaté qu'elles utilisent très peu l'ordinateur et beaucoup moins que les infirmières. Les aides-soignantes mettent en évidence le fait que les infirmières ont tendance à s'accaparer l'ordinateur et à encoder les données du patient à leur place ; cette pratique est principalement (mais pas seulement) constatée chez les jeunes infirmières.

En outre, les aides-soignantes étant, le plus souvent, engagées dans un régime de travail à temps partiel, elles sont moins présentes dans l'unité et donc moins amenées à utiliser le DII. L'ensemble des éléments du terrain mettent en exergue une division du travail accentuée par l'informatisation du dossier infirmier. Les infirmières sont centrées sur les actes plus techniques et la complétude du dossier ; les aides-soignantes reléguées dans le soin au patient et dans un travail plus social et relationnel.

Dans notre recherche, le concept du pouvoir est central. Les infirmières plus jeunes disposent d'une compétence qui leur permet de maîtriser les zones d'incertitude. Chaque individu, en récupérant des sources d'incertitude, développe ses propres stratégies pour tirer le meilleur parti d'une situation. C'est en cela qu'elles deviennent des acteurs stratégiques. Elles ont acquis une source de savoirs – liés à leurs compétences - qui leur procure un pouvoir par rapport à leurs collègues qui ont une moins bonne maîtrise de l'outil. Parallèlement, si l'on fait référence à Hughes, la délégation du sale boulot peut aussi constituer une source de pouvoir pour les aides-soignantes. Ces dernières étant davantage orientées sur un travail de proximité au patient, elles vont acquérir des informations sur les malades qui vont échapper aux autres catégories professionnelles et leur procurer de cette manière-là un certain pouvoir.

Comme nous l'avons évoqué dans la partie méthodologie, nous avons considéré que l'implémentation du DII n'a pas renforcé le contrôle. Cependant, nous soulignons qu'elle permet une plus grande traçabilité et visibilité de pratiques, surtout infirmières) avec une prise de conscience du personnel sur le sens de leurs responsabilités. Dès lors, il semble que l'implémentation traduit une relative volonté des responsables à leur permettre, le cas échéant, une surveillance des pratiques soignantes. En effet, il semble évident que l'implémentation transforme la structure d'observabilité parce qu'un tas d'éléments qui étaient invisibles deviennent visibles ; l'implémentation rend observable et descriptible le travail de terrain réalisé par les soignants. Aujourd'hui, on ne contrôle plus vraiment des services ou des pratiques collectives mais des personnes et des pratiques individuelles.

En conclusion, l'implémentation du DII modifie les pratiques des acteurs au sein d'une même catégorie professionnelle, bouleverse les habitudes de travail et l'ordre négocié dans l'organisation hospitalière. Il existe des moyens de détournement et de contournement par lesquels l'ordre va pouvoir se reconstruire sur base de perpétuelles négociations entre acteurs. C'est ainsi que pour s'adapter, chaque acteur, stratégique, va utiliser des pratiques différentes. En outre, ces nouvelles pratiques formalisent davantage la division du travail par un cloisonnement entre les catégories professionnelles des infirmiers et des aides-soignants.

Pour l'avenir, vu que le CHRV envisage actuellement d'étendre et d'améliorer la connexion wifi de toute l'institution, il serait intéressant d'examiner si les pratiques se seront améliorées et si, notamment, l'objectif zéro papier pourra être atteint avec un encodage des données du patient exclusivement en temps réel. Il serait aussi judicieux de retourner sur le terrain une fois que le dossier infirmier sera informatisé dans l'ensemble des unités pour se rendre compte si les pratiques de contournement de l'outil subsistent toujours. Comme souligné dans l'introduction, il aurait été intéressant d'enrichir notre recherche du point de vue des médecins parce que cela aurait apporté une perspective différente du concept du pouvoir. Malheureusement, les limites de notre travail et le rapport bénéfice-temps nous ont empêché d'aller au-delà de notre recherche. Aussi, nous serions extrêmement curieux d'examiner les pratiques soignantes et de faire une analyse empirique au regard de l'implémentation du futur dossier patient intégré.

## 9. Bibliographie

- ACKER Françoise, 1995, « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière », *Sciences sociales et santé*, volume 13, n°3, pp. 69-92.
- AUTISSIER David, Moutot Jean-Michel, 2015, *Le changement agile*, Dunod, Editeurs de savoirs.
- BERBAIN Xavier, MINVIELLE Etienne, 2001, « L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage », *Sciences sociales et santé*, volume 19, n°3, pp.77-106.
- BERNOUX Philippe, 2004, *Sociologie du changement*, Edition du Seuil, Paris.
- BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie, RAVINET Pauline, 2004, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po.
- CHIAPELLO Eve, GILBERT Patrick, 2013, *Sociologie des outils de gestion*, La Découverte, Paris.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris.
- CROZIER Michel, 1971, *Le Phénomène bureaucratique*, Editions du Seuil, Paris.
- DEJOUX Cécile, 2016, *Du management au leadership agile*.
- GONNET Françoise, LUCAS Sylvie, 2003, *L'hôpital en question (s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Lamarre, Paris.
- HUGUES C. Everett, 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis* ». *Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel*, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, pp. 60-121.
- LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, 2004, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, Paris.
- LEHOUX Pascale, SICOTTE Claude, DENIS Jean-Louis, RAYMOND Diane, LAFRANCE André, 1998, « L'informatisation du dossier médical et ses (détr)acteurs », *Sciences sociales et santé*, volume 16, n°1, pp. 81-121.
- MAYÈRE Anne, BAZET Isabelle, ROUX Angélique, 2012, « Zéro papier et pense-bêtes à l'aune de l'informatisation du dossier de soins », volume 6, n°1, pp. 115-139.
- NOBRE Thierry, 1998, « Management de la Valeur et pouvoirs dans l'hôpital », *Finance Contrôle Stratégie*, volume 1, n°2, pp. 113-135.
- PÉNOCHET Jean-Claude, « Crise des valeurs à l'hôpital : de Keynes à Mintzberg », *L'information psychiatrique*, 2008/8, volume 84, pp. 717-719.
- VINCENT Gérard, 2005, « Les réformes hospitalières », *Ecole nationale d'administration*, n°113, pp. 49-63.
- SLOMIAN Cynthia, 2013, « *Analyse des modalités d'implémentation du dossier infirmier informatisé au sein de deux unités de soins du CHU de Liège* », Mémoire de fin d'études sous la direction de Frédéric Schoenaers, Université de Liège, Institut des Sciences Humaines et Sociales.
- SLOMIAN Cynthia, SCHOENAERS Frédéric, 2016, « Un outil e-Health pour tous ? Le cas de l'informatisation du dossier infirmier au sein d'un hôpital belge », *Informatique et santé, Lavoisier Médecine Sciences*, pp. 141-154.
- STRAUSS Anselm, 1963, « L'hôpital et son ordre négocié », in Strauss Anselm (dir.) 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*, L'Harmattan, Paris, pp. 87-112.

**Littérature grise/Sites internet**

Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

([http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002042549&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002042549&table_name=loi))

Conseil national de l'ordre des médecins - Code de déontologie médicale

(<https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/>)

Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987

(<https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8758-7890-2731>)

Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

([http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1987080732&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1987080732&table_name=loi))

Site ministre De Block :

<https://www.maggiedeblock.be/fr/laide-soignant-pourra-bientot-prodiguer-davantage-de-soins-aux-patient/>

Plan stratégique du CHR de Verviers 2018 - 2027



## 10. Annexes

### 10.1 Tableau récapitulatif des informateurs

	<b>Fonction occupée</b>	<b>Age</b>	<b>Ancienneté</b>	<b>Service</b>	
1	Cheffe de projet	30 ans	2 ans	Direction	I 1
2	Responsable cellule DPI	58 ans	38 ans	Direction	I 2
3	Keyuser cellule DPI	36 ans	15 ans	Direction	I 3
4	Infirmière	39 ans	9 ans	Neurologie	I 4
5	Infirmière	32 ans	2 ans	Neurologie	I 5
6	Infirmière	42 ans	12 ans	Gériatrie	I 6
7	Infirmière	55 ans	31 ans	Gériatrie	I 7
8	Infirmière	52 ans	28 ans	Gériatrie	I 8
9	Infirmière	40 ans	15 ans	Gériatrie	I 9
10	Infirmière	28 ans	5 ans	Neurologie	I 10
11	Infirmière	58 ans	35 ans	Gériatrie	I 11
12	Aide-soignante	57 ans	28 ans	Neurologie	I 12
13	Aide-soignante	38 ans	8 ans	Gériatrie	I 13
14	Aide-soignante	34 ans	12 ans	Neurologie	I 14
15	Aide-soignante	52 ans	31 ans	Neurologie	I 15

## 10.2 Guide entretien type

<b>Informations personnelles</b> <b>Parcours</b> <b>Description fonction</b>	Pourriez-vous présenter ?
	Quelle est votre ancienneté au CHRV et au sein de cette unité ?
	Quelle est votre formation ?
	Quelle est votre fonction ?
	En quoi consiste votre travail ?
	Qu'est-ce qui vous apporte le plus de satisfaction dans votre travail ?
<b>Relations</b>	Les rapports entre collègues ont-ils changé depuis l'informatisation ?
	Et avec les aides-soignantes ?
	L'information peut-elle occasionner des tensions particulières entre collègues ?
	Avec l'informatisation, avez-vous le sentiment d'être plus dépendante de vos collègues par exemple ? A l'ordinateur ?
	Et avec les médecins ? La hiérarchie ?
	Et la relation au patient ?
	Pensez-vous que l'informatisation laisse-t-elle plus de place pour une meilleure prise en charge du patient ?
<b>Maîtrise de l'outil</b>	Ces changements ont-ils généré un quelconque stress chez vous ou chez vos collègues ?
	Avez-vous eu des craintes particulières ? Et aujourd'hui ?
	Avez-vous le sentiment que vous maîtrisez l'outil ?
	La formation suivie a-t-elle été suffisante ?
<b>Valeur professionnelle</b> <b>Outil : implémentation : organisation, temps de travail, avantages/inconvénients</b>	Quelles sont vos priorités ? Un dossier bien complété ? le soin au patient ?
	Quel sens trouvez-vous à cet outil ? Avez-vous le sentiment d'une perte de sens de votre métier ?
	Avez-vous été associée au déploiement informatique du dossier infirmier ? Vous êtes-vous sentie impliquée par le projet ?
	Pensez-vous que l'informatisation du dossier infirmier a amené des changements dans votre pratique de votre métier ? Si oui, lesquels ?
	Et qu'en est-il du temps du temps mis pour vous connecter au dossier ?
	Qu'est-ce qui a changé dans votre « espace-temps » sur une journée ?
	Avez-vous une idée de combien de temps vous passez devant l'ordinateur sur le DII par jour ?
	L'informatisation du dossier infirmier vous fait-t-elle gagner du temps ou perdre du temps ?

	Votre charge de travail administrative s'est-elle réduite ou l'inverse ?
	Depuis l'informatisation du DII, en cas de charge de travail importante, adaptez-vous votre organisation ? si oui comment ?
	Ressentez-vous une quelconque frustration d'avoir le sentiment de n'avoir pas pu faire votre travail comme vous l'auriez souhaité ?
	Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de l'informatisation ?
	En cas de problème, à qui faites-vous appel ?
	L'informatisation a-t-elle modifié la manière dont le rapport inter-pause se fait ?
	Les infirmières plus âgées ont-elles eu plus de difficultés à s'adapter à l'outil ?
<b>Responsabilité, autonomie, contrôle</b>	Avez-vous le sentiment d'avoir plus de responsabilités ? Vos responsabilités sont-elles différentes depuis l'informatisation ? (connexion via identifiant personnel)
	Comment vous connectez-vous au DII ?
	Avez-vous le sentiment que vous complétez mieux le dossier informatique que le dossier papier ?
	Vous arrive-t-il de valider un acte pour une collègue ?
	Il y a-t-il une seule et unique manière de compléter le dossier ?
	Selon vous, qu'est-ce qu'un dossier bien complété ?
	L'injonction donnée par votre responsable a-t-elle été de compléter le dossier infirmier en temps réels au chevet du patient ? (le chariot avec l'ordinateur reste-t-il dans le couloir ?)
	Comment cela se passe-t-il quand on a une chambre à deux lits ? on laisse le chariot dans le couloir, on s'occupe d'un patient puis on va compléter ou on s'occupe des deux patients l'un après l'autre puis on complète le tout ?
	Continuez-vous à travailler avec un papier dans la poche ?
	Avec l'informatisation, avez-vous plus d'incertitudes dans votre travail ?
	Pensez-vous que vous pourriez-vous être plus contrôlée à l'avenir dans vos pratiques professionnelles ? si oui, de quelle manière ?
	L'informatisation du dossier ne fait-il pas que chacun doit se recentrer strictement sur sa fonction et son rôle ? Plus de cloisonnement ?
<b>Conclusion</b>	Et maintenant que le dossier est informatisé, si on vous demande souhaitez-vous continuer à travailler avec ou revenir au papier ?
	Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?