



EHESP

Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **juin 2024**

**Le management participatif pour
faciliter l'appropriation de nouveaux
outils :**

L'exemple de la mise en place d'un dossier
patient informatisé commun à un GHT

Maureen COTTEN

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma maître d'apprentissage, Gwenola KERLAN, ainsi que Sarah BODDY, ancienne directrice adjointe des affaires financières du Centre Hospitalier Universitaire de Brest qui m'ont permis de réaliser cette alternance.

Je tenais également à remercier Julia DUBUC, directrice adjointe de la stratégie, des projets et de la transformation, Claudie FAMEL, cadre supérieure de santé, les professionnels du service du contentieux et de la direction des systèmes d'information qui m'ont beaucoup appris.

Je remercie également Monsieur Carl ALLEMAND, directeur de ce master, tuteur de cette alternance, qui m'a accompagné durant toute cette année et dans la rédaction de ce mémoire.

J'adresse mes remerciements à tous les professionnels qui ont pris le temps de répondre à mes demandes d'entretiens semi-directifs, et permis des échanges riches et constructifs.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis, pour leur soutien durant ces années d'études supérieures, et leurs relectures attentives.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie.....	7
1 Instaurer un dossier patient informatisé commun à un territoire : une volonté des pouvoirs publics face aux réalités des organisations préexistantes.....	11
1.1 Les fondements d'un dossier patient commun au GHT : des enjeux de sécurité important.....	11
1.1.1 Les fondements d'un dossier patient commun au GHT	11
1.1.2 Des enjeux de sécurité important	15
1.2 Une fluidification des parcours face à des organisations préexistantes	18
1.2.1 Les patients au cœur du dispositif.....	18
1.2.2 Des réalités de travail impactées par ces dispositifs	20
2 La place du management participatif dans la conduite du changement	23
2.1 La conduite du changement pour favoriser l'adhésion des professionnels	23
2.1.1 Le concept de résistance au changement.....	23
2.1.2 La nécessité d'accompagner le changement	25
2.2 L'essor du management participatif : vers une conduite de projet agile.....	27
2.2.1 Du taylorisme au développement professionnel.....	27
2.2.2 La participation des professionnels dans la conduite de projet	28
2.3 La démarche mise en place par le GHT de Bretagne Occidentale	32
2.3.1 Contexte	33
2.3.2 La démarche de co-construction comme ligne directrice du projet	34
3 Des leviers pour améliorer l'appropriation des outils	39
3.1 Définir le rôle de chaque acteur.....	39
3.1.1 Experts-métiers.....	39
3.1.2 Mobiliser l'encadrement direct des professionnels.....	40

3.2	Diversifier les modalités d'inclusion des professionnels pour se projeter davantage et en réaliser une évaluation	41
3.2.1	Différentes formes d'inclusion des professionnels.....	42
3.2.2	Réaliser une évaluation de la participation des professionnels	43
3.3	Peaufiner son plan de communication à l'échelle du territoire pour permettre information et transparence	44
3.3.1	Une communication informative adaptée au territoire	44
3.3.2	Une communication transparente	45
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARAP : Agence Régionale d'Appui à la Performance

ATIH : Agence Technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département de l'Information Médicale

DPI : Dossier Patient Informatisé

DSI : Direction des Systèmes d'Information

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FHF : Fédération Hospitalière de France

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

QVCT : Qualité de Vie et Condition de Travail

PMSP : Projet Médical et de Soins Partagés

SDSI : Schéma Directeur du Système d'Information

SI : Système d'Information

SIH : Système d'Information Hospitalier

Introduction

La récente crise sanitaire de la Covid-19 a eu un impact considérable sur notre système de santé, obligeant les professionnels de santé à se réorganiser pour s'adapter aux mesures prises par le gouvernement. Ils ont alors montré leur capacité à prendre des décisions rapidement de manière à simplifier le fonctionnement hospitalier et médico-social. Avec la volonté de souligner l'expertise des professionnels révélée lors de cette crise, la loi n°2021-502 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification¹ a instauré la mise en place d'un « projet de gouvernance et de management participatif » dans le projet d'établissement des hôpitaux. L'objectif de cette loi est de rapprocher les acteurs de terrain de la prise de décision, lesquels en étaient jugés trop éloignés. Par leur questionnement et la prise en compte de leur expertise, les mesures adoptées se trouveraient enrichies et auraient davantage de sens. Dans son cahier technique sur le management participatif et collaboratif², la Fédération Hospitalière de France (FHF) donne des pistes pour permettre d'agrémenter les travaux concernant le Projet de Gouvernance et de Management Participatif, notamment au travers de la mise en place de démarches autour de l'engagement collectif lors de grands projets institutionnels avec l'exemple de l'élaboration du projet d'établissement ou ceux de projets immobiliers, de l'affirmation des rôles de l'encadrement supérieur et des managers de proximité, ou encore de la définition du périmètre du management participatif.

Dans son article sur le management participatif publié dans le Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, Julien Charles explique que le « management participatif vise la mobilisation des travailleurs afin qu'ils contribuent plus efficacement à la production de biens et de services »³. Il indique ensuite que ce dernier « relève de la problématique plus large de la participation des salariés dans l'entreprise », recouvrant « des acceptions variées et transite par des dispositifs aussi divers que l'information et la consultation, les délégués du personnel, la négociation collective, les comités d'entreprise, [...] ». Enfin, le management participatif se distingue du management classique par la recherche de l'expression et de la participation directe des professionnels dans l'entreprise. La mise en place d'un management participatif permettra donc d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels concernés, et de les fidéliser en améliorant l'attractivité de l'organisation qui la met en place.

¹ Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, Journal Officiel de la République Française, 27 avril 2021

² FHF, *Cahier Technique sur le Management Participatif et Collaboratif*, Les éditions de la fédération Hospitalière de France, février 2023

³ Charles, J. *Management participatif*,. Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart, édité par Guillaume Petit et al., 2ème édition, GIS Démocratie et Participation, 2022

Le domaine hospitalier est un secteur mouvant, dans lequel de nombreuses réformes sont mises en œuvre chaque année, entraînant des évolutions systémiques importantes pour le système de santé. Le système d'information (SI) est lui-même très touché par ces évolutions, et doit ainsi se transformer continuellement. La question de la participation des professionnels, qui sont les premiers utilisateurs de ce SI, se pose alors. En effet, depuis de nombreuses années, les outils technologiques sont au cœur de l'exercice des professionnels à l'hôpital, ces derniers développant progressivement une certaine expertise des instruments qu'ils utilisent. Ainsi, la mise en place de nouvelles solutions informatiques engendre différentes problématiques pour les utilisateurs : bouleversement de leurs pratiques habituelles, perte d'expertise temporaire du fait du changement d'usage de l'outil, perte de repères. Son déploiement nécessite alors le développement de nouvelles compétences pour sa prise en main. Souvent, la mise en place d'outils technologiques entraîne également une modification des organisations. Cela peut provoquer de l'appréhension et des craintes chez les professionnels, car ce sont leurs réalités de travail qui se voient être également transformées. Ainsi, ils remontent régulièrement n'être pas, ou peu associés à ces différents projets, ceci ayant pour conséquence d'entraîner une lassitude chez les professionnels : « *Pour le moment on est en plein déploiement d'un logiciel administratif qui ne se passe pas bien, dans lequel on n'a pas été consulté, donc j'espère qu'Easily⁴ se fera de manière plus indolore* » (secrétaire experte-métier interrogée). Des critiques quant au manque d'adéquation entre les décisions prises par la direction des établissements et la réalité de terrain sont également exprimées. Les professionnels sont donc en demande d'être davantage associés aux choix effectués ainsi que d'une plus grande transparence sur les circuits de l'information et des décisions prises : « *c'est un outil que je vais utiliser quotidiennement donc participer à sa construction c'est très intéressant, et c'était indispensable pour moi pour prendre en compte nos besoins* » (secrétaire experte-métier interrogée).

Dans sa revue de littérature sur le concept de résistance au changement, Céline Bareil présente de nombreuses études dans lesquelles la participation des professionnels en amont du déploiement du projet pourrait permettre de diminuer les résistances⁵, et ainsi d'améliorer l'appropriation des nouveaux outils. Cependant, le terme de participation n'a pas de définition univoque, comme nous l'indique Michel Foudriat, mais « renvoie à des pratiques distinctes quant au degré d'implication et d'inclusion des acteurs dans des processus délibératifs »⁶. Ainsi, nous considérerons dans ce mémoire la participation des

⁴ Easily est la solution de dossier patient retenue par le GHT, et sera développée dans la section 2.3.1.

⁵ Bareil, C., *La résistance au changement: synthèse et critique des écrits*. HEC Montréal, Centre d'études en transformation des organisations, 2004

⁶ Foudriat, M., *La co-construction: Une alternative managériale*. Presses de l'EHESP, 2019, p. 23

professionnels comme « toutes les modalités d'association des professionnels de terrain à la construction et à la mise en œuvre des projets »⁷ de la même façon que l'a fait la Fédération Hospitalière de France (FHF) dans son cahier technique sur le management participatif et collaboratif. Dès la phase de cadrage du projet, il est ainsi nécessaire pour la gouvernance du projet de déterminer la manière dont les professionnels participeront à l'élaboration de ce projet. Plusieurs questions sont généralement à se poser : à partir de quand inclure les professionnels ? Comment seront-ils inclus ? L'objectif d'associer les professionnels à la conduite de projet serait de favoriser l'adhésion des professionnels au projet : les salariés ne subiront plus le changement en tant que tel lors du déploiement, mais seront inclus lors de la réflexion préalable, ce qui facilitera l'appropriation de l'outil lorsqu'il sera déployé et ainsi favorisera la réussite du projet.

J'ai réalisé mon alternance de deuxième année de master au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest, en tant que coordinatrice des secrétariats médicaux, au sein de la Direction des Affaires Financières, puis de la direction de la Stratégie, des Projets et de la Transformation. Ma principale mission a été de participer à la mise en place du projet de changement de Dossier Patient Informatisé (DPI) au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Bretagne Occidentale, et plus particulièrement en ce qui concerne la partie secrétariats.

Le GHT de Bretagne Occidentale a été créé en 2016, et regroupe le Centre Hospitalier Universitaire de Brest et les Centres Hospitaliers de Crozon, Landerneau, Lanmeur, Lesneven, Morlaix et Saint-Renan. L'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre y est également associé. Sa convention a été approuvée le 24 août 2016 par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, en même temps que la convention des sept autres GHT de la région. Il couvre une population de 490 000 habitants, ce qui se rapproche de la moyenne nationale qui est de 472 000 habitants⁸.

L'objectif principal de la mise en place d'un GHT est la « prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »⁹. A terme, l'objectif est d'encourager les établissements de santé à mutualiser les équipes médicales et à répartir les activités pour que chaque

⁷ FHF, op. cit.

⁸ IGAS, Cour des Comptes, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1*, décembre 2019, 129 pages.

⁹ Depuis la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, « chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de GHT ».

établissement membre trouve sa place dans la région. Au total, 136 GHT ont été créés, de tailles variables, avec une moyenne de quatre établissements¹⁰.

A travers une convention constitutive signée par les établissements membres du GHT, ils s'engagent à mutualiser certaines de leurs fonctions supports, qui seront ainsi obligatoirement portées par l'établissement support du GHT. Au-delà de la mutualisation de la fonction achat, la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu, il est également prévu **la mutualisation de « la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement »**. L'objectif est double : permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge commune et graduée, à des soins sécurisés et de qualité, et permettre aux professionnels des établissements membres du GHT d'avoir des logiciels uniques quel que soit leur lieu d'exercice pour leur permettre une facilité d'accès aux données et une meilleure utilisation des outils du quotidien.

Le dossier du patient « est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé »¹¹. Depuis le décret n°2002-637 du 29 avril 2002, tout établissement de santé a ainsi l'obligation de constituer un dossier pour tout patient hospitalisé ou consultant l'établissement. Il a pour objectif de permettre la traçabilité de toutes les actions effectuées au sein de l'établissement, qu'elles soient médicales ou paramédicales. C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et le patient. Lorsqu'il est papier, le dossier du patient doit être couplé à un système d'archivage qui permette d'en connaître sa localisation. Ainsi, l'archivage peut se faire au sein du service ou peut être centralisé pour l'établissement, ce qui est souvent le cas dans les grands établissements de santé. Cependant, il est également possible de réaliser ce dossier sur un support informatique, qui permettra davantage de rapidité et de fluidité dans le partage d'information. En effet, depuis la loi n°2000-230 du 13 mars 2000, « l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur format papier »¹². En ce sens, la Cour des comptes nous spécifie que « le DPI contient toutes les données numériques concernant la santé du patient, détenues par l'établissement de

¹⁰ IGAS, Cour des Comptes, op. cit.

¹¹ ANAES, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Dossier du patient : réglementations et recommandations*, juin 2003, page 3

¹² Ibid, page 22

santé l'ayant pris en charge, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic, du traitement, ou d'une action de prévention, ou qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé »¹³.

D'après l'Atlas des SIH (Systèmes d'Information Hospitaliers)¹⁴ et le rapport de la Cour des comptes d'octobre 2020, les DPI sont très hétérogènes sur un même territoire, et ne sont pas toujours interopérables entre eux. De fait, la prise en charge d'un patient d'un établissement à un autre, et notamment d'un établissement partie à un établissement de recours (établissement davantage spécialisé), est rendue compliquée par la difficulté de circulation du dossier patient d'un établissement à l'autre. En effet, le manque d'interopérabilité des dossiers patients entre les établissements engendre une perte d'information. L'informatisation est donc ainsi vue comme un vecteur d'amélioration de la qualité des soins.

Au sein du GHT de Bretagne Occidentale, trois dossiers patients différents existent dans les établissements parties au groupement, avec des disparités dans le degré d'informatisation des services au sein d'un même établissement, et des outils techniques différents ; les logiciels de reconnaissance vocale différents en sont un exemple. Aussi, le GHT a fait le choix de mettre en place un dossier patient informatisé unique, l'Hôpital d'Instruction des Armées n'y adhérant pas pour des raisons de confidentialité. Ce dossier patient unique regroupera toutes les informations de prise en charge du patient, de sa prise de rendez-vous à son compte-rendu de sorti, en passant par le dossier de soins infirmiers ou encore par la gestion du médicament.

C'est un projet d'envergure pour les GHT, car en plus d'être un projet technologique qui nécessite des compétences techniques particulières et le respect des nombreux enjeux de sécurité des données, il est très impactant pour les professionnels. En ce sens, seuls 45 % des GHT ont fait le choix de déployer une solution de DPI unique sur le territoire.

Le choix du nouveau logiciel au sein du GHT de Bretagne Occidentale s'est porté sur un logiciel créé par les Hospices Civiles de Lyon, ensuite racheté par le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) Hopsis. Ce logiciel est déployé dans une centaine d'établissements. Cependant, lors de sa livraison, il est nécessaire de réaliser de nombreux paramétrages pour le rendre fonctionnel, et l'adapter aux besoins des professionnels. Aussi, le choix a été fait par la gouvernance du projet de faire participer

¹³IGAS, Cour des Comptes, op. cit., page 111.

¹⁴ DGOS, ATIH, *Atlas des SIH 2020, état des lieux des systèmes d'information hospitaliers*, novembre 2021, 161 pages.

les professionnels à l'arbitrage de ces paramétrages par le biais « d'experts métiers », dans l'objectif de faciliter l'appropriation du logiciel lors de son déploiement.

L'objectif de ce mémoire est de se demander **en quoi la participation des professionnels à des projets institutionnels permet-elle l'appropriation de nouveaux outils ?** Au travers de l'exemple de la mise en place d'un DPI commun au GHT de Bretagne Occidentale, plusieurs hypothèses apparaissent : la participation des professionnels garantit la réussite du projet, la conduite de projet participative permet d'être aussi efficace que la conduite de projet classique, ou encore, le management participatif nécessite de sélectionner les professionnels pour garantir leur légitimité.

Pour répondre à cette question, la première section traitera de la question de la mise en place d'un DPI unique au sein d'un GHT et des différents enjeux que cela suggère. La place du management participatif et des pratiques mises en place dans le GHT de Bretagne Occidentale seront ensuite explorées pour enfin aboutir à des préconisations permettant d'améliorer l'appropriation des nouveaux outils dans des projets complexes similaires.

Méthodologie

Afin de répondre à la question de l'impact de la gestion de projet participative dans l'appropriation de nouveaux outils, je me suis principalement appuyée sur mon terrain d'alternance. En effet, j'ai participé depuis mon stage de Master 1 jusqu'à la rédaction de ce mémoire au recrutement des experts-métiers secrétaires dans les différents établissements, aux réunions de présentation du projet à ces professionnels et leur encadrement, à la préparation et l'animation des ateliers avec les professionnels, la réflexion sur les différentes possibilités de paramétrage, et la mise en œuvre de ces paramétrages.

Pour réaliser ce mémoire, j'ai commencé par effectuer une revue de la littérature disponible. J'ai réalisé mes recherches d'une part sur le sujet de la mise en place d'un dossier patient informatisé au sein d'un GHT, et des différents enjeux qu'un tel projet suppose. D'autre part, je me suis également renseignée sur la conduite de projet, la question des différentes réticences au changement et des apports de la conduite du changement dans ce contexte, ainsi que sur la gestion de projet participative et ses impacts pour les professionnels.

Ensuite, je me suis tournée vers une méthode qualitative permettant de mettre en perspective mes recherches bibliographiques avec les acteurs de terrain. Mon choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens semi-directifs avec professionnels experts-métiers des différents établissements du GHT. L'objectif était ainsi de recueillir les vécus de ces secrétaires médicales impliquées dans ce processus participatif. J'avais entre autres pour objectif d'étudier leur connaissance du projet et la circulation de l'information au sein des différents services et établissements dont elles sont issues, le niveau d'appréhension du changement de DPI, et les impacts potentiels sur leurs pratiques. En ce sens, j'ai réalisé 4 entretiens :

- Le premier entretien a eu lieu avec une secrétaire experte-métier du CH de Landerneau, qui a la particularité d'être en poste à 80 % dans des services de soins, et à 20 % au service informatique du CH. En plus d'être experte-métier, elle fait également partie du groupe projet sur la partie agenda et participe donc davantage aux choix de paramétrages que les autres expertes-métiers.
- J'ai réalisé un second entretien auprès d'une secrétaire médicale du CHU de Brest, secrétaire médicale depuis cinq ans suite à une reconversion professionnelle, ancienne militaire puis auxiliaire de vie.
- Je me suis également entretenue avec une secrétaire médicale du CH de la Presqu'île de Crozon, ancienne aide-soignante depuis huit ans.

- Enfin, je me suis entretenue avec une secrétaire médicale du CH de Lesneven, qui exerce ce métier depuis 1985, et depuis 20 ans au sein du même établissement.

Je me suis également entretenue avec deux secrétaires du service pilote, membres de deux services différents au sein du secteur de maternité-gynécologie, ayant respectivement deux ans et six ans d'ancienneté dans leurs services. Elles ont été sollicitées directement par les membres du groupe de travail secrétariat pour réaliser des ajustements aux besoins de leurs services en vue du démarrage prévu pour le dernier trimestre de l'année 2024 (recueil des documents à créer spécifiquement, liste des agendas et types de rendez-vous à incrémenter dans le logiciel...).

De manière à croiser les regards, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs avec des professionnels en charge du projet, dans l'objectif de recueillir leurs points de vue sur la stratégie mise en place, et leurs éventuelles remarques :

- Référente métier secrétariat, également cheffe d'équipe du groupe projet secrétariat.
- Une cadre supérieure de santé en mission transversale sur le projet, principalement chargée de la communication auprès des différents établissements parties au groupement.

Enfin, pour compléter mes entretiens et avoir un autre regard sur ces modalités de gestion de projet, j'ai souhaité m'entretenir avec des professionnels qui ont pu mettre en place des projets de manière participative, me permettant d'obtenir le récit de leurs expériences respectives, qu'ils puissent me faire part des avantages et limites qu'ils ont pu rencontrer. Ainsi, je me suis entretenue avec :

- Un chargé de projet au sein de la direction de la stratégie, des projets et de la transformation,
- Une directrice d'hôpital de cette même direction.

Avant chaque entretien, j'ai pris soin d'expliquer ma démarche, rappelant que je me plaçais ici dans le cadre de mes études et non pas dans celui de mon poste d'alternante au sein du CHU de Brest, et qu'il ne fallait donc pas hésiter à me faire remonter tout ce que la personne jugerait utile. J'expliquais ensuite que toutes les données seraient anonymisées, et je demandais l'accord pour pouvoir enregistrer mes entretiens. Tous ont acceptés. Les entretiens ont duré entre 30 minutes et une heure. Chaque entretien a été réalisé avec une grille d'entretien que j'avais préparé en amont (Voir annexes II, III, IV, V, VI, VII). J'ai commencé par créer une grille d'entretien relativement identique pour les différents entretiens, que j'ai ensuite ajusté en fonction des personnes interrogées. Mon objectif était de garder un même fil conducteur de manière à pouvoir comparer les résultats entre eux. J'ai ensuite réalisé une grille d'analyse me

permettant de relever les différentes thématiques issues de ces entretiens. En lien avec la littérature, j'ai pu formuler différentes préconisations qui permettraient d'améliorer la conduite d'un tel projet ainsi que l'appropriation de l'outil par les professionnels.

Les secrétaires des établissements extérieurs au CHU étant souvent seules secrétaires médicales au sein de leur établissement, j'ai fait le choix de les anonymiser en les citant comme « secrétaires expertes-métiers » seulement, sans préciser leur établissement d'appartenance. Ces entretiens et la littérature ont également été mis en perspective avec les différentes discussions que j'ai pu avoir de manière formelles ou informelles dans le cadre de mon alternance.

Je suis consciente que ma position d'alternante au sein du CHU de Brest, dont la mission principale est d'accompagner la mise en place de projet, a pu avoir un impact sur les réponses des professionnels interrogés, et principalement sur les réponses des secrétaires médicales et des membres de l'équipe projet. En effet, certaines me connaissaient déjà par mon implication dans le projet, notamment par ma présence auprès des secrétariats du service pilote où lors de la dernière réunion expert-métier du mois d'avril, ainsi qu'au travers des mails qu'elles ont pu recevoir dans lesquels je figurais en copie. J'ai cependant toujours spécifié l'objectif de ma venue, de manière à ce qu'elles puissent dissocier au maximum l'objectif de ces entretiens. Par exemple, lors des questions comme « Savez-vous si le logiciel Easily, futur DPI, est ajusté au besoin métier secrétaire ? », je peux me questionner sur la transparence et sincérité des réponses. Cela peut donc représenter un biais dans mon analyse.

Cependant, mon statut d'alternante a été une réelle opportunité pour moi, me permettant d'avoir une facilité d'accès à un grand nombre d'enquêtés. Toutefois, j'ai eu davantage de difficultés à interroger les secrétaires du service pilote, que j'expliquerais par un contexte de travail compliqué ces derniers mois, engendrant de l'absentéisme. Je peux également me questionner sur la difficulté d'accès à ces enquêtés par l'inaccoutumance de réaliser ce type de démarche. Néanmoins, une fois la situation stabilisée au niveau de l'absentéisme, j'ai pu me rendre dans le service pour leur expliquer de vive voix ma démarche, ce qui a permis de les rassurer quant à mes objectifs et de pouvoir ainsi programmer un entretien.

Enfin, trois de mes entretiens se sont déroulés par appel téléphonique, les secrétaires n'ayant pas d'ordinateur équipé d'un système vidéo pour réaliser l'entretien via Teams, et se trouvant dans des établissements éloignés du mien. Je suis cependant consciente que cette modalité d'entretien peut engendrer un biais dans les informations recueillies puisque toute la partie du langage non verbal m'était inaccessible.

1 Instaurer un dossier patient informatisé commun à un territoire : une volonté des pouvoirs publics face aux réalités des organisations préexistantes

1.1 Les fondements d'un dossier patient commun au GHT : des enjeux de sécurité important

La mise en place d'un dossier patient convergent à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire est l'un des axes majeurs des récentes évolutions législatives. Nous verrons dans cette section les grandes évolutions qui ont mené à ce choix des pouvoirs publics, et nous mettrons l'accent sur les différents enjeux de sécurité que cela suppose.

1.1.1 Les fondements d'un dossier patient commun au GHT

Depuis bientôt quinze ans, les différents régimes politiques ont axé la coopération des établissements publics de santé comme l'un des objectifs principaux en matière de santé.

En effet, la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) détermine une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale, avec pour objectif de « mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous, et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé »¹⁵. Avec cette loi, également appelée loi Bachelot, naît un nouveau dispositif : les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT). L'objectif est d'inciter les établissements publics de santé à coopérer afin de mettre en œuvre une stratégie médicale commune, de mutualiser certaines fonctions ou activités, et de réaliser des transferts de compétences. En contrepartie, ils bénéficient de subventions pour réaliser différentes actions et diverses aides financières. Une fois leur regroupement effectué, ils établissent une convention et nomment un établissement siège de la CHT. Toutefois, le groupement n'est pas doté de la personnalité morale, et chaque établissement reste donc autonome, avec sa personnalité morale propre.

Le 26 janvier 2016, la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé prévoit à son article 107 la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Ce dispositif obligatoire vient remplacer les précédentes CHT, qui n'étaient pas

¹⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

suffisamment exploitées : seules 55 CHT avaient été créées en 2014, ce qui a été jugé insuffisant par le législateur, 402 établissements publics de santé n'étant ni en direction commune, ni dans une CHT¹⁶. Les différents groupements devaient être effectifs pour le mois de juillet 2016, et avoir rédigé leur projet médical et de soins partagés (PMSP) pour l'année suivante. En effet, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) précise que « le GHT a pour objectif de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »¹⁷. L'objectif est de valoriser la complémentarité des établissements publics de santé d'un même territoire, de façon à atteindre un double objectif : améliorer le parcours de santé du patient, en lui assurant un meilleur accès à des soins de santé et de qualité, mais également améliorer la performance des établissements publics de manière à faire face à la concurrence des établissements privés.

Le décret n°2016-5249 définit les fonctions qui seront mutualisées au sein du groupement et assurées par l'un des établissements qui sera nommé établissement support du GHT, dont les principales sont : la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire, la fonction achat, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale, la gestion des plans de formations, mais également la gestion d'un SIH convergent. C'est cette dernière fonction qui porte notre intérêt dans le cadre de ce mémoire.

D'après le guide méthodologique du ministère de la santé¹⁸, l'établissement désigné comme support du GHT se voit être à la charge de la mise en place de ce système d'information convergent, dans des délais très restreints par la loi : dès la mise en place du groupement, une réflexion sur le schéma directeur du système d'information (SDSI) devait être lancée, et devait être finalisée dans un délai de deux ans, maximum. A partir du 1^{er} janvier 2018, il fallait commencer à mettre en œuvre ce système d'information (SI) convergent, dans l'objectif d'être opérationnel dans un délai de trois à cinq ans. L'intérêt est ainsi d'étaler les dépenses en remplaçant les investissements qu'auraient fait chacun des différents sites indépendamment, pour migrer au fur et à mesure vers le SI convergent. Ce décret donne pour objectif d'atteindre un système convergent et homogène au sein de chaque groupement pour le 1^{er} janvier 2021.

¹⁶ ARS, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire*, fiche 34, disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_34.pdf

¹⁷ Article L6132-1 du Code de la Santé Publique.

¹⁸ DGOS, *Guide méthodologique : Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 26 mai 2016, 130 pages

Selon Bertrand Vigneron, un SI est « un ensemble réfléchi et organisé de ressources matérielles, humaines et organisationnelles, aligné sur la ou les stratégies visée(s), qui permet de rassembler, classifier, traiter, diffuser, partager et archiver de l'information sur un environnement constitué de dispositifs informatiques »¹⁹. Aussi, un SIH regroupe les données administratives des patients, les données d'activités, l'ensemble des processus participants aux soins et de logistique hospitalière, ou encore les données financières de l'établissement. L'Agence du Numérique en Santé (anciennement ASIP-Santé, ou Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé) et l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) ont réalisé un schéma permettant de dresser les contours d'un SIH, qu'ils ont défini en 5 grands domaines (Cf. Annexe I), dépendant du niveau de maturité de chaque établissement²⁰ : le pilotage médico-économique, la production de soins médico-techniques, la production de soins cliniques, les fonctions supports et les infrastructures. Ces 5 domaines fonctionnels doivent être communicants dans l'établissement mais également désormais communicants avec les établissements du territoire et les partenaires extérieurs tels que l'ATIH, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, le Trésor public, la CPAM, Caisse Primaire d'Assurance Maladie...). L'objectif est d'avoir des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels, dans une temporalité de trois à cinq ans.

Cette cible a été très rapidement contestée. On peut citer l'exemple de Cédric Cartau, responsable de la sécurité et des systèmes d'information au CHU de Nantes, qui dès 2018, exprime dans son ouvrage « La sécurité des systèmes d'information des établissements de santé » que les « SI des GHT ne pourront converger dans les délais voulus par la loi »²¹. La cause principale de ces retards étant les très grandes hétérogénéités des SI au sein des territoires, et un périmètre trop large. Selon lui, atteindre la convergence des SI au sein du GHT pourrait prendre 10 à 15 ans, soit plus du triple de ce que la loi indiquait.

La DGOS et l'ATIH s'associent depuis 2013 pour réaliser une cartographie des SIH du territoire français, nommé l'Atlas des SIH. Le dernier volume disponible, datant de 2020²², nous confirmait l'écart entre les objectifs prévisionnels de la loi de 2016 et la réalité de terrain en 2020 : seul 80 % des GHT avaient validé la première étape imposée

¹⁹ Vigneron, B., « Chapitre 6. Le management opérationnel des systèmes d'information ». Dans : Louazel M., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes: Presses de l'EHESP, 2018, pp. 243-266.

²⁰ DGOS, ATIH, *Atlas des SIH 2020, état des lieux des systèmes d'information hospitaliers*, novembre 2021, 161 pages.

²¹ Cartau, C. « Chapitre 8. Le cas des GHT. » Dans : C. Cartau, *La sécurité du système d'information des établissements de santé*, Rennes: Presses de l'EHESP, 2018, pages 275-281

²² DGOS, ATIH, *Atlas des SIH 2020, op.cit.*

par la loi, soit avec quasiment 2 ans de retard (ce chiffre était cependant en très forte augmentation comparé à 2018 où seuls 35 % des groupements voyaient leur SDSI finalisé).

La mise en place des GHT a été organisée avec l'obligation de désigner un établissement support dans chaque groupement. C'est cet établissement support qui va agir au nom et pour le compte des établissements parties au travers de la convention constitutive, et ainsi être responsable de la mise en place des différentes fonctions précédemment décrites. La place de l'établissement support dans la prise de décision peut donc être importante, d'autant plus dans les cas où ce dernier est un CHU, incluant donc des ressources, humaines, matérielles et financières, plus importantes que les autres établissements. En effet, l'établissement support est présent dans la totalité des instances de gouvernance du GHT, et particulièrement au sein du comité stratégique de groupement, où son président est le directeur général de l'établissement support. En qualité d'établissement support, le directeur général de ce dernier dispose d'un pouvoir de nomination important : il désigne par exemple le DIM (Département de l'Information Médicale) de GHT, le CSIRMT de groupement (Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique)... Bien que chaque établissement partie continue de bénéficier de sa personnalité morale, l'établissement support est représenté de manière plus importante au sein du territoire, agissant au nom et pour le compte des établissements parties s'agissant des fonctions mutualisées.

Dans le rapport d'information n°22 (2020-2021) de la commission des affaires sociales, des craintes sont également évoquées sur la place de l'établissement support au sein des GHT, évoquant la peur des acteurs du système de santé que les « groupement d'établissements ne favorise à terme l'attrition - voire la disparition - des structures territoriales de proximité en faveur des établissements supports »²³. Des propos de Laurence Cohen, exposés lors des rapports concernant la loi OTSS²⁴ sont alors repris, expliquant que les professionnels de santé ou administratifs des établissements parties avaient « très souvent l'impression d'être sous sa tutelle [de l'établissement support] et éloignés de la prise de décisions »²⁵. C'est d'ailleurs des propos qui ont pu m'être confirmés par l'une des secrétaires interrogées, m'expliquant qu'avec la mise en place des GHT, la communication était davantage compliquée : « *Mettre en place un logiciel unique je trouve ça bien, après, je ne sais pas dans quelle*

²³ Commission des affaires sociales, Milon, A., *Rapport n°22 (2020-2021), les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin*, 8 octobre 2020, propos introductif.

²⁴ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), Journal Officiel de la République Française, 26 juillet 2019.

²⁵ Commission des affaires sociales, Milon, A., op. cit.

mesure les petits établissements sont entendus » (secrétaire experte-métier). C'est en ce sens que la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est venue mettre en place une commission médicale de groupement, qui, composée de représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques de chaque établissement permet une représentation plus homogène de tous les établissements lors de prises de décisions.

En ce qui concerne la mutualisation de la fonction SIH, la DGOS recommande dans son guide méthodologique concernant la convergence des systèmes d'information²⁶ que le directeur des systèmes d'information (DSI) de l'établissement support (ou directeur des systèmes d'information et de l'organisation, DSIO) soit nommé DSI ou DSIO unique au sein du groupement. Le gouvernement précise que cela lui permettrait d'obtenir une plus grande légitimité managériale. De la même manière, il est recommandé que la gestion des ressources liées aux SI des différents établissements parties soient rattachée à l'établissement support, afin de permettre une meilleure répartition sur l'ensemble des établissements. Cependant, elle précise que cela n'a pas pour vocation à rapprocher physiquement les agents en charge des SI de territoire, mais seulement leur rattachement hiérarchique.

Le choix de l'établissement support lors de la mise en place de ces groupements a donc été un choix important, même si dans la majorité des cas où le groupement en contient un, c'est le CHU qui est nommé établissement support : un quart des GHT ont un CHU comme établissement support²⁷. Un exemple illustre également cette problématique : le CH d'Albi et le centre hospitalier intercommunal de Castres-Mazamet n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur la désignation de l'établissement support au sein du GHT Cœur d'Occitanie. Ils ont donc mis en place une gouvernance du GHT particulière : la fonction d'établissement support varie en alternance entre ces deux établissements. La place de l'établissement support, et notamment dans le processus de prise de décision, peut ainsi toujours être questionnée lors de la mise en œuvre de projet au sein des GHT.

1.1.2 Des enjeux de sécurité important

Ces dernières années, la France voit son nombre de cyberattaques croître de manière exponentielle. Le secteur de la santé se place en troisième position des secteurs

²⁶ DGOS, op.cit

²⁷ Blanpain L., Dejenne B., Gabbay M., Lascar-Guillaume C., Perier F., *Coopérations au sein d'un GHT : bilan après 5 ans de création*, Ingénierie biomédicale, 2022, 37 pages

les plus touchés²⁸, derrière les collectivités territoriales et les petites et moyennes entreprises. Cette situation s'explique notamment par la place grandissante du numérique dans le domaine sanitaire. Les conséquences d'une cyberattaque dans le monde hospitalier peuvent être importantes : difficultés pour assurer la continuité des soins, potentielles pertes de chances pour les patients, mais également des risques en termes de sécurité des données inscrites dans le SIH de chaque établissement. Le temps pour revenir à un fonctionnement de routine peut être très long, jusqu'à prendre plusieurs mois à plusieurs années pour permettre de renforcer le système.

La multiplicité des logiciels métiers et leur hétérogénéité est également souvent reconnu comme l'une des causes à ce manque de sécurité. Ainsi, la mise en place d'un « système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire [qui] comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels »²⁹, est l'une des solutions qui permettrait de renforcer cette cybersécurité. C'est dans ce sens qu'il est prévu que « la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient » soit portée par l'établissement support du GHT.

Pour rappel, le dossier patient informatisé est défini comme « la fonction du SIH qui a vocation à stocker l'ensemble des documents liés au parcours de soins du patient au sein de l'établissement »³⁰. Aujourd'hui, avec la mise en place de dispositifs tels que « Mon espace santé », anciennement Dossier Médical Partagé (DMP), tous les établissements de santé sont dans l'obligation de mettre en place un dossier patient informatisé, en complément de leur dossier patient papier. L'Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance (ANAP)³¹ encourage la mise en place d'un dossier patient informatisé au sein des établissements de santé, mettant en cause une mauvaise structuration du dossier papier, des dossiers mal classés, illisibles, introuvables ou difficiles d'accès. Le Ségur du numérique en santé vague 1 vient renforcer cette idée³², avec pour objectif principal la diffusion systématique de l'information médicale, autant vers le patient au travers de son espace santé, que vers les différents professionnels de son parcours de soins par le biais de messageries sécurisées. La mise en œuvre d'un système d'information convergent peut donc être perçue comme une opportunité de se

²⁸ Lapeyrie J.B., Espinoux A., Chaudron E., « Renforcer la cybersécurité dans le domaine de la santé », *Gestion Hospitalière*, 2024, n°365.

²⁹ Article R.6132-15.I., Code de la Santé Publique, 5 mai 2019.

³⁰ Agence du Numérique en Santé, Les dispositifs de la vague 1 du Ségur du numérique en santé.

³¹ Bonthoux T., Lereun R., Plassais O., *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier patient au dossier informatique*, Hôpital Numérique, ANAP, Juin 2015

³² Agence du Numérique en Santé, op. cit.

mettre aux normes en matière de communication avec les professionnels de ville, le choix d'une solution unique au sein du groupement permettant sa mise en place plus facilement qu'un système d'interopérabilité des logiciels, où les processus et les flux seraient à mettre en place pour chacun des logiciels.

Cependant, depuis plusieurs années, ce DPI a pour intention d'être rendu accessible aux patients, de manière à les rendre plus acteurs de leur santé, point sur lequel nous reviendrons dans la section suivante. Avec la mise en place des GHT, le financement d'un tel projet est davantage réalisable pour les petits établissements. Cependant, bientôt huit ans après leur mise en place, très peu d'établissements ont pu le réaliser. Cela s'explique principalement par des raisons de sécurité. En effet, il faut pouvoir contrôler l'accès du patient à son dossier, de manière à protéger ses données, pouvoir mettre en place un processus qui permettra au patient d'avoir ses identifiants, mais également de pouvoir s'adresser à quelqu'un en cas de problème relatif à l'accès à ses données³³.

A l'intérieur même des différents établissements de santé, des règles visant à respecter la sécurité des données sont à mettre en place, notamment en ce qui concerne le dossier patient. En effet, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) précise que « le DPI doit bénéficier de mesures de sécurité renforcées »³⁴ car il contient une grande quantité de documents jugés sensibles : on peut citer les comptes-rendus médicaux de consultations ou de séjours hospitaliers, les prescriptions médicales, les résultats d'examens de biologie et de radiologie, les antécédents du patient... En ce sens, elle a effectué 13 contrôles dans les établissements de santé entre 2020 et 2024, mettant en lumière de grands risques quant à la politique d'accès des données contenues dans ce DPI. Trois établissements ont été mis en demeure de prendre les mesures pour assurer la sécurité et la confidentialité des données. En effet, les données du DPI ne doivent pas être accessibles à l'ensemble des professionnels de l'établissement, mais seulement à l'équipe de soins prenant en charge le patient. Pour rappel, la notion d'équipe de soin est définie comme un « ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostic, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de préservation de la perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de

³³ Cartau, C., *Ouvrir son DPI aux patients, oui mais comment ?*, dans DSIH, novembre 2017

³⁴ CNIL, *Données de santé : la CNIL rappelle les mesures de sécurité et de confidentialité pour l'accès au dossier patient informatisé (DPI)*, février 2024.

plusieurs de ces actes »³⁵. En ce sens, le secret professionnel et médical doit être préserver, avec un partage au travers de cette équipe de soin.

La CNIL donne trois types de protections qui doivent impérativement être mises en place pour protéger les données du DPI : il faut tout d'abord mettre en place une politique d'authentification robuste, c'est-à-dire un identifiant personnel à chaque utilisateur avec des mots de passe complexes. Les comptes partagés entre plusieurs utilisateurs sont donc à proscrire, de manière à ce que des contrôles d'identité et d'accès aux données puissent être réalisés. Une politique d'habilitation doit également être établie au sein de l'établissement pour permettre aux différents professionnels d'accéder aux seuls éléments qu'ils ont besoin de connaître. Pour cela, deux mesures sont à mettre en œuvre : mettre en place une politique d'habilitation qui prenne en compte la notion du métier exercé, c'est-à-dire qu'un personnel administratif ne doit avoir accès qu'au dossier administratif alors qu'un personnel médical doit avoir accès aux données médicales, et qui respecte également la notion « d'équipe de soin » comme précédemment décrite. Enfin, la CNIL précise qu'il est possible d'ajouter un mode « bris de glace » au DPI, qui permet aux personnels qui ne sont pas habilités de pouvoir avoir accès aux autres données d'un patient, « en cas d'urgence ». Ces dernières doivent pouvoir être tracées et contrôlées par le biais d'un dispositif de journalisation qui retrace l'ensemble des accès au DPI, et permet de repérer les accès anormaux.

1.2 Une fluidification des parcours face à des organisations préexistantes

Au-delà des enjeux de sécurité précédemment développés, la mise en place d'un tel projet à l'échelle d'un territoire induit de nombreuses évolutions. Nous commencerons par développer les évolutions attendues pour le parcours du patient, puis nous porterons notre attention sur les impacts affectant les conditions de travail des professionnels de santé.

1.2.1 Les patients au cœur du dispositif

La politique de mise en œuvre des GHT est, en plus de permettre une meilleure coopération du secteur public, centrée sur le patient. L'objectif principal est ainsi de mettre en place « une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but

³⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé, Journal Officiel, le 27 janvier 2016.

d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »³⁶. Le patient doit ainsi pouvoir bénéficier des soins essentiels, au plus proche de son domicile, pour ensuite être orienté vers un établissement dit « de recours », qui sera davantage spécialisé, au sein du territoire, en cas de besoin, ou inversement, pouvoir retourner dans un établissement proche de son domicile après avoir séjourné dans l'établissement spécialisé.

La mise en place d'un DPI commun doit permettre d'améliorer les échanges entre les différents établissements d'un territoire. Actuellement, de nombreuses difficultés sont observées lors de la transmission d'un dossier du patient d'un établissement à un autre, principalement pour des raisons de sécurité des données. Lors de l'arrivée du patient dans l'établissement d'accueil, il n'est pas rare que son dossier ne l'ait pas suivi. Dans l'attente de pouvoir le récupérer, souvent de façon partielle, le patient est contraint de devoir répéter son parcours de soins, ceci engendrant des risques de perte d'information : la prise en charge risque d'être moins efficace que si son dossier complet était disponible dès son arrivée.

Pour faciliter ce transfert de dossier, un des prérequis à la convergence du dossier patient unique au sein du GHT est prescrit à l'article R.6132-15.I- : « les établissements publics parties au groupement utilisent [...] un identifiant unique du patient »³⁷. Ce dernier permettra d'avoir une fiche administrative unique pour chaque patient, comprenant ses coordonnées, les personnes à prévenir ou encore, les médecins correspondants³⁸. Ainsi, l'utilisation d'un logiciel unique entre les établissements du territoire dans lesquels les patients transitent permet d'avoir accès à l'ensemble des données du patient, dans un seul et même dossier patient. Cela facilitera le parcours du patient, notamment dans le cas de patients polypathologiques, qui sont régulièrement suivis dans plusieurs établissements, où lors de transferts de patients, permettant à l'établissement d'accueil d'être davantage réactif. Un autre avantage sera l'accès aux résultats des examens réalisés antérieurement, permettant d'éviter les examens redondants, cela étant bénéfique à la fois pour le patient et pour le système de santé par une réduction des coûts associés.

Le parcours de santé du patient dans sa globalité vise également à être amélioré : en effet, avec la mise en place des GHT, on passe d'une logique de séjour à une logique de parcours, avec des établissements qui ne travaillent non plus individuellement mais en réseau, au service du patient. Les établissements sociaux et médico-sociaux publics peuvent ainsi également adhérer à ces groupements, de manière facultative. Les

³⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, op. cit.

³⁷ Article R.6132-15.I-, op.cit.

³⁸ Dubois D., *GHT : réussir le défi de l'identifiant unique du patient !*, DSIH, mai 2017

Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui adhèrent au groupement pourront donc se voir doter du même outil informatique que le DPI des établissements de santé du territoire, ce qui permettra une plus grande fluidité dans la prise de rendez-vous : ces derniers apparaîtront directement dans l'agenda du résident, et le médecin coordonnateur pourra avoir accès aux comptes-rendus d'hospitalisations lors du retour du résident dans l'établissement.

De plus, depuis quelques années, le gouvernement, et plus largement l'Union Européenne, ont la volonté d'accompagner le développement du partage de données de santé numériques au profit du patient, de manière à le rendre plus acteur de sa santé : c'est l'objectif du Ségur du Numérique en Santé³⁹. Il s'inscrit dans la continuité du programme HOP'EN (Hôpital Numérique Ouvert sur son ENVironnement) issu de la stratégie nationale de transformation du système de santé « Ma santé 2022 ». Les établissements de santé doivent ainsi alimenter l'Espace Santé du patient de manière automatique, et pouvoir recevoir et émettre des documents de santé par messageries sécurisées (MSSanté). La mise en place des GHT permet ainsi de mutualiser ces investissements et profiter ainsi de cette opportunité pour mettre en œuvre un logiciel unique qui leur permettra de répondre à ces objectifs prévus par la vague 2 du Ségur du Numérique en Santé.

Dans un même temps, le programme HOP'EN⁴⁰ prévoit dans son objectif domaine 7 la mise en place de services en ligne vers le patient, comprenant la prise de rendez-vous en ligne et la consultation de l'agenda du patient, la possibilité de réaliser la préadmission en ligne, ainsi que la mise à disposition d'un service de paiement en ligne. La mise en place de telles plateformes au niveau du groupement est donc un réel avantage pour le patient, lui permettant d'avoir en un même endroit la totalité de ses démarches. L'accès aux soins pour le patient sera donc facilité. Cependant, des difficultés dans la mise en place d'un tel processus sont remontées, faisant échos aux problèmes de sécurité évoqués plus haut (Cf. chapitre 1.1.2).

1.2.2 Des réalités de travail impactées par ces dispositifs

Les impacts sur les ressources humaines des établissements parties au GHT sont également nombreux.

Tout d'abord, la mise en place d'un SDSI entraîne la mise en place d'une Direction des Systèmes d'Information (DSI) unique, et ainsi, la mutualisation des équipes qui

³⁹ Agence du Numérique en Santé, *op. cit.*

⁴⁰ Anap, *Le numérique en santé : réussir la transformation*

étaient jusqu'à lors, sous la responsabilité de chaque établissement partie. L'objectif est de pouvoir mettre en place, au sein de l'établissement support une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) de cette DSI unique. Cette mutualisation n'engendre cependant pas systématiquement une mobilité géographique des professionnels, mais seulement leur rattachement hiérarchique à l'établissement support.

Les différents professionnels des établissements, utilisateurs du DPI, vont également voir leurs habitudes de travail bouleversées. Ce sont en effet eux qui seront les plus impactés par la mise en place d'un DPI unique. La mise en place d'un nouveau logiciel, principal outil technologique de travail pour la majorité des corps de métiers de l'hôpital, entraîne de grandes modifications de leurs conditions de travail : ils vont perdre l'expertise issue de leur ancien outil, devront apprendre de nouveaux process, pour finir par s'approprier ce nouvel outil. Cela peut engendrer de nombreuses réticences, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement (cf. chapitre 2.1.1).

Cependant, un des objectifs de la mise en place d'un DPI unique est de faciliter l'activité des professionnels. En effet, le DPI est aujourd'hui un outil essentiel à la prise en charge du patient. Grâce à la mise en place d'un DPI commun, les modalités de partage et d'accès aux informations des patients seront identiques pour les professionnels de tout le territoire. Cela facilitera ainsi leur exercice car ils détiendront, dès qu'ils en auront besoin, l'historique du parcours de soins et des différents examens réalisés au sein des établissements du territoire : la DGOS parle d'une « vision transversale du dossier patient »⁴¹. Cette dernière doit également leur permettre de partager leur expertise plus facilement, notamment lors de demandes d'avis spécialisés entre différents professionnels : le spécialiste pourra avoir accès au dossier du patient depuis son poste de travail, sur simple questionnement du logiciel.

Au-delà de faciliter le partage d'information au sein du GHT, les relations avec les établissements extérieurs et professionnels de ville devraient également être améliorées par le partage d'informations auprès des professionnels de ville, du secteur médico-social et des établissements de santé hors GHT par le biais de la messagerie sécurisée et du partage vers « Mon Espace Santé » de chaque patient, comme précédemment cité.

De plus, l'un des objectifs de ce DPI convergent est de permettre la mise en place d'équipes mutualisées au sein du groupement, principalement des équipes médicales. L'exercice partagé est une modalité de travail très répandue au sein du GHT de Bretagne Occidentale : « *on a plus de la moitié de nos médecins qui exerce entre ici et Brest* » (secrétaire experte-métier). Ainsi, les professionnels travaillant en exercice partagé, verront leur exercice professionnel facilité : ils bénéficieront des mêmes logiciels, de

⁴¹ DGOS, *op.cit.*

processus métiers uniformes d'un établissement à l'autre, facilitant l'exploitation des données⁴² et leur exercice quotidien dans sa globalité. « *Ce sera quand même plus simple, surtout quand ce sont des praticiens qui ne viennent qu'une fois tous les mois, à chaque fois il faut leur réexpliquer comment notre logiciel fonctionne* » (même secrétaire experte-métier).

Enfin, la mise en place d'un DPI unique doit permettre le choix d'un logiciel qui participera à améliorer l'efficacité dans la pratique des professionnels, en travaillant la solution adoptée pour la rendre la plus ergonomique possible, et ainsi améliorer les conditions de travail des différents utilisateurs.

D'après Bertrand Vigneron, mettre en place une stratégie de convergence des SI ne peut se faire qu'en adéquation avec une politique managériale, afin de « mener à bien tous les enjeux associés », et ce, notamment au travers d'une gestion de projet participative. C'est ce point que nous allons développer dans la partie suivante.

⁴² Vigneron, B., op. cit.

2 La place du management participatif dans la conduite du changement

Le management participatif peut s'entendre comme la « mobilisation des travailleurs afin qu'ils contribuent plus efficacement à la production de biens et de services »⁴³. L'objectif est ici de comprendre comment la participation des professionnels à des projets institutionnels leur permet une meilleure appropriation de ces projets.

2.1 La conduite du changement pour favoriser l'adhésion des professionnels

Le concept de résistance au changement est un concept bien connu de nos jours, qui a plus de 70 ans. L'objectif est ici de comprendre les différentes sources de résistances au changement pour ensuite discuter des différentes méthodes d'accompagnement au changement, notamment dans le domaine de la santé

2.1.1 Le concept de résistance au changement

Le mot changement est polymorphe, mais nous considérerons qu'en conduite de projet, le changement apparaît lorsqu'il y a une « rupture significative des modes de fonctionnement de telle manière que nous soyons contraints à un effort d'adaptation »⁴⁴. Ces changements peuvent être causés ou imposés par des facteurs internes, mais également externes, tels que des modifications légales ou des contraintes concurrentielles. C'est dans ce cadre que se place notre projet de changement de DPI. Cependant, ces dernières années, de nouvelles réformes voient le jour pour améliorer l'offre de soin sur le territoire, prenant en compte les nouveaux défis de santé publique qui s'imposent, tout en essayant de rationaliser les dépenses. La mise en place de ces réformes successives, associées à des facteurs conjoncturels, a entraîné un climat de tension au sein de l'hôpital, avec une lassitude chez le personnel hospitalier, qui subit la mise en place de divers projets dans leur environnement de travail. En effet, suite à un échange sur son parcours professionnel, une secrétaire experte-métier témoigne : « à la base on était un hôpital qui s'appelait rural, qui est devenu local, puis CH maintenant,

⁴³Charles, J. « Management participatif ». Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart, édité par Guillaume Petit et al., 2ème édition, GIS Démocratie et Participation, 2022

⁴⁴ Autissier, D., Moutot, J., *Méthode de conduite du changement: Diagnostic, Accompagnement, Performance*, Dunod, 2023, 320 pages, page 13.

donc voilà, on est dans un fonctionnement de CHU qui je trouve, c'est pas facile, et donc je trouve que c'est plus compliqué » (secrétaire experte-métier). Nous comprendrons qu'il est ainsi nécessaire d'accompagner la mise en place des projets de changement, de manière à ce qu'il soit accepté. Le personnel sera en effet amené à s'adapter à ce nouvel outil et ces nouvelles pratiques. Au travers de la mise en place d'un DPI unique au sein d'un GHT, c'est également la culture de l'établissement qui va être impactée : une partie de l'identité de l'établissement et de ses professionnels va se retrouver liée à celle des autres établissements, notamment par la mise en place de processus identiques.

Ce processus de définition d'une nouvelle identité est un processus long et compliqué. En effet, le changement peut être inquiétant car on doit abandonner ses habitudes, les routines mises en place. Autissier explique que c'est en fonction du niveau de risque perçu que la personne va prendre part et adhérer à ce changement : ainsi, plus la personne y verra des perspectives rassurantes, et des améliorations, plus elle sera prête à prendre ce risque. Sinon, c'est le sentiment d'insécurité qui risque de prendre le dessus. C'est ce qu'on appelle la « résistance au changement ». Ce concept a été initié par Coch et French en 1947 dont l'objectif était de comprendre pourquoi les personnes résistaient au changement, et comment le dépasser⁴⁵. Céline Bareil nous précise que cette résistance survient principalement lorsque les personnes ne sont pas convaincues de la pertinence du changement. Elle se manifeste alors de façon active sous forme de « refus, critiques, plaintes et sabotages » ou passive, par le biais de « statu quo, lenteur, rumeur et ralentissement »⁴⁶, et peu s'exprimer de manière individuelle ou collective. Ces résistances peuvent être d'autant plus importantes lorsqu'on vient toucher aux dimensions collectives, aux valeurs et à l'histoire de l'organisation, ce qui est ici notre cas puisque la mise en place d'un même outil sur le territoire vient rendre concret et tangible le concept de GHT pour les professionnels de terrain. Imposer le changement est ainsi le facteur qui, d'après la revue documentaire de Céline Bareil, engendre le plus de résistance. De nombreuses études montrent que seuls 20 à 30 % des projets entraînent les effets escomptés⁴⁷. La principale raison à ce faible taux est la non prise en compte du « facteur humain », et particulièrement la non-adhésion des professionnels concernés par le changement, entraînant un échec de 33 à 55 % des projets de changements organisationnels⁴⁸. Une majorité d'auteurs s'accordent donc à donner des pistes pour

⁴⁵ Bareil, C., *La résistance au changement: synthèse et critique des écrits*. HEC Montréal, Centre d'études en transformation des organisations, 2004

⁴⁶ Ibid. page 5

⁴⁷ Collerette, P., *Comment communiquer le changement?*, Gestion, 2009, pages 39-47

⁴⁸ Bareil C., Savoie A., *Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel*, Revue Gestion, HEC Montréal, 1999

accompagner le changement, l'information et la consultation étant reconnues comme les principales modalités pour diminuer le risque de résistance au changement.

2.1.2 La nécessité d'accompagner le changement

Au-delà des deux modes d'accompagnements au changement précédemment cités, différents conseils sont donnés par les chercheurs travaillant sur la question des résistances au changement. Tout d'abord, il est important de soigner la phase de cadrage du projet. Dans le cas des projets de grande ampleur et structurants, l'effet tunnel risque d'apparaître : sans percevoir la fin du projet arriver, les personnes risquent de se démotiver peu à peu. Il est donc nécessaire de définir des échéances en amont du lancement du projet : Autissier recommande de réaliser un allotissement du projet, dont chacun des lots ne dépasse pas une durée de 24 mois. De la même façon, l'effet engluement apparaît lorsqu'il n'y a pas de signes que le projet avance, entraînant ainsi une très forte démobilitation des professionnels. Soigner son plan de communication est donc un point primordial, sur lequel nous reviendront ultérieurement (cf. chapitre 3.3).

De plus, lors du lancement du projet (qu'on appellerait « déploiement » dans le cadre d'un projet de mise en place d'un nouveau logiciel tel que le DPI) et durant les mois suivants, il n'est pas rare d'observer une perte de productivité. En effet, il existe un temps indispensable de reconfiguration et d'apprentissage, dont sont souvent pleinement conscient les professionnels. La conduite du changement permet de venir réduire ce temps, qui, par l'adhésion au projet va induire une diminution des craintes, appréhensions et incertitudes, et permettra ainsi d'augmenter la productivité, ou du moins de réduire la perte induite par le changement et les nouvelles compétences à acquérir. C'est un point essentiel notamment lorsque d'autres lots du projet sont à venir : il en va ici de la crédibilité du projet et donc d'une augmentation de l'adhésion des professionnels à ce changement, ou au contraire, de la perte de crédibilité et de confiance en le projet.

Enfin, il est primordial de trouver un levier mobilisateur pour que les personnes souhaitent s'investir dans le projet. Céline Bareil précise que « l'art de la mobilisation consiste à amener les cadres et les employés à visualiser un projet dans lequel ils ont envie de s'engager »⁴⁹. Ainsi, il est important de communiquer sur les bénéfices du changement pour les employés.

La conduite du changement a donc trois principaux objectifs⁵⁰. Le premier est d'entraîner l'adhésion des acteurs : il est nécessaire de comprendre leurs attentes,

⁴⁹ Bareil, C., *Comment réussir son projet de transformation*. Gestion, 2016, n°41, 102-105, p. 103

⁵⁰ Autissier, D., Moutot, J., op. cit.

communiquer, former, accompagner pour réussir le projet. Il précise que nous sommes dans un contexte sociologique où les professionnels ne veulent plus simplement exécuter un ordre, mais sont en demande de co-construire la décision. C'est pourquoi il est indispensable d'échanger avec les acteurs, de comprendre leurs besoins, leurs attentes, et mettre en place des dispositifs de concertations. Vient ensuite la phase de transformation, au cours de laquelle on voit l'acquisition des nouveaux processus, des pratiques et des compétences. Enfin, l'objectif est à terme de voir ce que David Autissier appelle une « évolution » au sein de la structure, c'est-à-dire le changement culturel au sein de l'organisation, notamment au travers de l'apparition d'une nouvelle culture, dans notre cas, ce sera principalement l'appartenance au GHT.

Bien qu'elle ait dû endurer de nombreuses difficultés pour réussir à asseoir sa légitimité, la conduite de changement est aujourd'hui reconnue comme quasiment indispensable pour mener à bien un projet structurant. On a vu se déployer des cabinets de conseil dont la fonction est d'intervenir dans les entreprises afin d'accompagner le changement, en s'appuyant sur les trois principaux outils de la conduite du changement dite traditionnelle que sont la communication, la formation et l'accompagnement des acteurs sur le terrain. Cependant, il leur a été reproché d'être trop descendant, et de ne pas faire participer les salariés des entreprises. En effet, avec la part croissante des projets à mener dans les organisations, l'idée de développer la capacité à changer des acteurs plutôt que de simplement les aider lors d'un changement particulier a vu le jour. Cela a donc laissé place à des approches psycho-comportementales, dont l'objectif est, au travers de la participation, d'accentuer l'adhésion et de limiter les résistances, rendant les destinataires du changement acteurs.

De nombreux auteurs tels que Pierre Collerette, David Autissier, ou Jean-Jacques Néré se sont accordés à dire qu'il est indispensable de prendre en compte les destinataires du changement pour faciliter l'appropriation du projet, et ce d'autant plus dans le cas de changements organisationnels tels que la mise en place de SI⁵¹. Le sens que vont donner les individus à ce nouvel outil est impérativement à prendre en compte, et sera un facteur explicatif de la réussite ou de l'échec du projet. En effet, il est difficile de mettre en place des processus qui satisfassent tout le monde, d'autant plus dans le contexte hospitalier : médecins, secrétaires et patients n'ont pas les mêmes enjeux, et les mettre en discussion permet de trouver la solution qui prendra en compte le plus d'objectifs.

⁵¹ Baujard, C. & Ben Hamouda, I. (2015). La gestion de projet à l'Hôpital : dossier patient informatisé et qualité de soins. *Recherches en Sciences de Gestion*, 109, 147-164.

A la différence des conduites de projet classique, l'objectif de la conduite de projet dite participative est d'intégrer les professionnels directement, et plus seulement les représentants syndicaux. Le but est de prendre en compte les points de vue des acteurs de terrain qui n'étaient pas sollicités dans les méthodes de conduite de projet antérieures. Les différents aspects du changement sont ainsi pris en compte, dans le but d'obtenir le résultat le plus adapté aux objectifs initiaux et aux usages, mais également de faire adhérer les professionnels au projet⁵². Les auteurs s'accordent à dire que la participation des destinataires du changement favorise l'innovation, par un partage et un développement d'idée et par le biais de la réflexion collective. Le processus d'acceptation du changement sera d'autant plus facile que leurs attentes auront été prises en compte, et leur participation leur permettra d'améliorer leurs conditions de travail.

Le concept de participation n'a cependant pas de définition unique, mais dépend du niveau d'implication ou d'exclusion des acteurs, ici des salariés, dans le processus de prise de décision. Ainsi, Michel Foudriat précise que « il n'y a pas de co-construction sans participation ; mais toute participation ne suppose pas qu'il y ait co-construction »⁵³. L'association des professionnels aux différents projets peut donc prendre plusieurs formes, que nous allons passer en revue.

2.2 L'essor du management participatif : vers une conduite de projet agile

Bien que l'idée de faire participer les salariés aux décisions qui concernent leurs conditions de travail soit de plus en plus incluse dans les mœurs, cela n'a pas toujours été une évidence, et est issue d'un long cheminement. Les méthodes de participation des professionnels dans les différents projets institutionnels peuvent prendre différentes formes.

2.2.1 Du taylorisme au développement professionnel

Le début du XXème siècle est marqué par le développement de ce qu'on appellera l'Organisation Scientifique du Travail⁵⁴, plus communément connue sous le terme de Taylorisme. La conception du travail est détachée de l'exécution du travail : la participation des salariés n'est alors vue qu'au travers de la négociation collective, ainsi

⁵²ARACT, Associer les salariés à un projet de changement, Guide pratique, 2017, 12 pages

⁵³ Foudriat, M., La co-construction: Une alternative managériale. Presses de l'EHESP, 2019, page 23

⁵⁴ Charles, J. op. cit.

prescrite dans le Code du travail. Cette forme de travail est perçue comme déshumanisante, les travailleurs n'étant que de simples exécutants du travail prescrit. Des différences conjecturelles apparaissent entre ce travail prescrit et le travail réel, les salariés réclamant d'avantage d'autonomie, de marges de manœuvres pour prendre des initiatives, prendre part aux innovations, et laisser de la place à leurs compétences personnelles, qui n'étaient jusqu'à lors pas valorisées.

On voit donc se mettre en place le Toyotisme, qui a pour principale caractéristique une standardisation des processus très importante, avec l'objectif de lutter contre les gaspillages. Des cercles qualités sont mis en place et visent, avec l'association des professionnels, la recherche d'une solution commune à un problème donné, dans un objectif de diminution des coûts. Les professionnels se voient alors être davantage inclus dans leur travail, et responsabilisés. C'est un mode de travail qui va se mettre en place en France, notamment au travers des Lois Auroux de 1982 relative aux libertés des travailleurs en entreprise. Les salariés disposent alors d'un droit d'expression directe et collective sur le contenu et leur organisation de travail, et introduit l'obligation d'une négociation collective annuelle. Pendant ce temps et dès les années 1960, les pays nordiques (Norvège et Suède principalement) prennent conscience de l'importance de la dimension humaine et sociale dans les organisations de travail. Ils réorganisent ainsi les conditions de travail dans leurs entreprises, mettent en avant la polyvalence des professionnels, la création de groupes semi-autonomes, associant les salariés à la définition des objectifs, couplé à une réduction des niveaux hiérarchiques. Ainsi, les salariés gagnent en autonomie, en responsabilisation et en estime de soi. Cependant, le développement professionnel par le management participatif prend davantage de temps à s'installer en France : il se met en place d'abord dans le secteur industriel dans les années 1990, puis gagne progressivement dans le secteur tertiaire.

2.2.2 La participation des professionnels dans la conduite de projet

La gestion de projet tel qu'on l'entend aujourd'hui est apparue au cours du XXème siècle également. C'est à partir de cette période que les diverses méthodologies de projets, et notamment la planification, se développent⁵⁵. Principalement utilisées dans le monde de l'industrie (aéronautique et navale) depuis la Seconde Guerre mondiale, les méthodes de gestion de projet se sont répandues peu à peu dans tous les secteurs. Ce n'est que récemment qu'on a pris conscience de la nécessité d'associer les professionnels aux différents projets pour les emmener à vivre un processus de changement. En effet, les projets sont reconnus pour fédérer les professionnels. Jean-

⁵⁵ Néré, J., *Le management de projet*. Presses Universitaires de France, 2021, 128 pages.

Jacques Néré précise que pour des projets de mise en place de démarche qualité, « plus les salariés y sont associés, meilleure sera l'appropriation qu'ils auront de la démarche »⁵⁶. De même, l'association des salariés à des projets de démarches stratégiques permet d'augmenter leur motivation, et de donner davantage de sens aux objectifs. Cependant, la gestion de projet participative n'est pas toujours mise en place car la direction des organisations et les gestionnaires de projets craignent de perdre leur pouvoir de décision.

La conduite de projet a ainsi souvent été élaborée de manière descendante, en réalisant des projets pour des parties-prenantes, sans pour autant les solliciter dans le projet. Mais depuis 2001 et l'apparition du manifeste Agile, les modalités de gestion de projet tendent à se diversifier, avec l'objectif d'associer davantage les professionnels de terrain.

Plusieurs modes de participation des salariés peuvent alors être distingués. Le premier est l'information : informer les professionnels des changements qui vont les impacter est le premier pilier d'une conduite de changement participative. Cependant, le degré de participation des salariés reste assez faible, car ils ne disposent d'aucun pouvoir décisionnaire. Faudriat explique que pour lui, « l'information est le niveau zéro de la participation »⁵⁷. Les destinataires de l'information n'ont alors comme pouvoir que la simple possibilité de demander davantage d'explications, qui leur est généralement fourni. Bien que l'information ne favorise pas la participation effective des professionnels, elle n'est pas à négliger. La mise en place d'un plan de communication structuré est fortement recommandée, et peut prendre différentes formes : elle peut avoir lieu au travers des newsletters ou de l'espace intranet de l'établissement, mais également de façon plus directe par le biais de conférence lors des moments marquants du projet. Les managers et les collègues peuvent également être une source d'information au travers de conversations plus ou moins informelles. Il est recommandé de prévoir différentes formes d'information de manière à toucher le plus de personnes possibles.

Ce mode de communication ne laissant que peu de place à l'expression des salariés, des dispositifs de concertation sont régulièrement mis en place. La concertation est un dispositif qui a montré depuis longtemps sa grande efficacité dans les changements de comportement en comparaison avec l'information. En effet, en 1940, Lewin a réalisé l'expérience d'observer la consommation d'abats à la suite, pour un groupe, d'une simple information sous forme de conférence, et à la suite d'une courte information suivie d'un débat pour le deuxième groupe. Cette concertation a permis de

⁵⁶ Néré, J, op.cit., page 112

⁵⁷ Foudriat, M., op.cit., page 30

voir augmenter de 30 % la consommation d'abats, contre seulement 3 % pour les personnes n'ayant reçu qu'une simple information descendante. Cette première expérimentation a donné naissance à une nouvelle forme de communication en conduite de projets. De nombreux auteurs s'accordent à dire que l'apprentissage par l'expérience permet de montrer davantage d'effets que l'apprentissage par l'information⁵⁸. En effet, l'information laisserait la personne seule et isolée face à ses questions, ce qui aurait pour conséquence d'entraîner de la résistance au changement, là où la concertation mènerait à une prise de décision commune, et donc une implication plus importante des personnes, entraînant un « mouvement collectif de changement ». Les individus se sentiraient donc valorisés et responsabilisés : échanger autour de leurs pratiques et partager leurs expériences aurait donc plus d'impacts qu'une simple écoute, et permet davantage de changement effectif de comportement.

Ce concept d'*experiential learning* est de plus en plus répandu en psychologie : les personnes apprendraient davantage en se nourrissant de l'expérience des autres, et en pratiquant. L'objectif des concertations est ainsi de faire participer des personnes collectivement pour aboutir à la résolution d'un problème. Elles peuvent prendre différentes formes : pratiquer, simuler, écouter l'expérience de l'autre, expérimenter, débattre... En effet, bien que la réunion soit le mode de participation le plus facile à mettre en œuvre et la modalité la plus retenue pour associer les salariés, l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) Auvergne – Rhône Alpes précise qu'il est souvent intéressant de réaliser des « allers-retours entre les contributeurs hors des réunions, des visites de terrains, des échanges deux à deux, et surtout, des tests grandeurs natures »⁵⁹. Ces échanges sont souvent considérés comme ne faisant pas partie du projet du fait de leur caractère informel, et ne sont par conséquent que rarement pris en compte dans la planification du projet.

De manière à renforcer la participation des salariés, il est également possible de réaliser les projets en collaboration avec les professionnels. Croiser les regards, et donc mettre en place des moments de partages interprofessionnels est fortement recommandé, permettant d'enrichir le projet et de gérer la complexité, là où la concertation et la coordination sont reconnues comme des facteurs indispensables au succès⁶⁰. La co-construction avec les professionnels serait également un marqueur important dans le champ de l'innovation : mixer les cultures dans la définition d'un projet permettrait

⁵⁸ Autissier, D., Moutot, J., *op.cit.*

⁵⁹ ARACT, *op.cit.*, p. 5.

⁶⁰ Eckenschwiller, M., Wodociag, S. & Mercier, S., *La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux*. Management & Avenir, 2022, 131, pages 15-38.

davantage de créativité. La co-construction de projets peut ainsi être une méthode support au décloisonnement voulu au sein de l'hôpital. En effet, l'objectif est d'aboutir à des échanges qui permettront un questionnement de chaque acteur, une confrontation des points de vue de chacun, pouvant ainsi mener à des opportunités de partager une vision commune, après un processus que la sociologie de l'innovation appelle transaction, ou négociation. C'est donc un processus fédérateur au sein d'une organisation, permettant de mettre en relation des personnes qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble.

Michel Foudriat définit la co-construction comme « un processus permettant aux acteurs parties prenantes d'apprendre à élaborer et à arrêter collectivement un compromis sur une façon de définir la réalité malgré des points de vue initialement pas nécessairement convergents, voire parfois divergents dans certains contextes »⁶¹. Cependant, il nous explique également que la co-construction n'implique pas toujours la co-décision : en fonction des organisations et des contextes socio-institutionnels, les « procédures décisionnelles complexes » peuvent inclure la totalité des acteurs ou seulement une partie d'entre eux, laissant la participation de ces acteurs se cantonner aux réflexions précédant la prise de décision.

Aujourd'hui, au-delà de la seule participation des professionnels, on tend de plus en plus à faire participer les usagers des organisations eux-mêmes pour mettre en œuvre un projet qui leur est destiné. Ainsi, dans les hôpitaux, il n'est pas rare de voir des représentants des usagers ou des patients-experts prendre part aux différents projets qui les concernent.

La co-construction, qu'elle soit réalisée avec les professionnels ou avec les usagers, permet d'augmenter la créativité du projet. Ce sont des méthodes caractéristiques du *design thinking*, issues des démarches dites agiles. Dans ce type de management, le projet évolue en fonction des besoins des professionnels, en affinant les besoins et en travaillant de manière étroite avec les utilisateurs finaux du projet. Le fil conducteur du projet suit ainsi les besoins des usagers et professionnels⁶². Cependant, l'une des critiques principales à ce mode de gestion est la peur pour les dirigeants de perdre le contrôle de leur projet, et ainsi de s'éloigner des trois principes fondamentaux d'un projet : qualité, coût, délais. En effet, bien que ce type de démarche puisse permettre d'améliorer la qualité du projet, il est difficile de réaliser les allers-retours constants que

⁶¹ Foudriat, M. « Chapitre 3. La coconstruction : une proposition praxéologique pour le développement des innovations ». Dans F. Batifoulier & F. Noble, *Conduire l'innovation en action sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Paris, Dunod, 2022, pages 59-69, p.66

⁶² Kerléo, J., *L'administration de projet : pérenniser le provisoire et l'agilité dans les structures publiques*. Revue française d'administration publique, 2020, n°175, pages 721-734.

demande ce type de démarche en respectant le temps imparti. De plus, il n'est pas rare, en fonction du cadre donné à la participation et des différents échanges, que la finalité des discussions entraîne un écart à l'objectif initial. Ces derniers éléments permettent d'expliquer les réticences des pilotes de projets à ce type de démarche.

Cependant, ce mode projet se développe de plus en plus dans le domaine de la santé, car bien qu'il nécessite un investissement supplémentaire de la part des gestionnaires du projet, il permet de prendre en compte le besoin des usagers du système de santé et/ou des professionnels, tout en contribuant à une dynamique d'amélioration des conditions de travail des professionnels par leur participation. En effet, la dimension relationnelle au travail est très importante, et a principalement lieu au travers d'un prisme contenant la reconnaissance et le soutien des collègues de travail, l'appartenance à un collectif de travail et la mise en place d'espaces de discussions autour du travail⁶³. Créer des espaces d'échanges sur le travail, et de discussion autour des conditions de travail est donc un réel atout pour un établissement dans le cadre de l'amélioration de sa politique de Qualité de Vie et Condition de Travail (QVCT). Il existe en effet différents ressorts cognitifs de l'engagement : les professionnels peuvent en tirer des contreparties financières dans certains cas, si le projet a été cadré de cette manière, mais ce sont souvent les contreparties symboliques⁶⁴ qui sont les plus importantes. Les professionnels tirent souvent un réel bénéfice d'être reconnu comme membre d'une communauté, de se sentir utiles et investis dans un projet.

Finalement, inclure les professionnels dans les projets peut prendre différentes formes, toutes plus ou moins consommatrices de temps et de ressources, mais permettant d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels. En effet, les faire participer leur permet de développer leur créativité, de donner davantage de sens à leur travail.

2.3 La démarche mise en place par le GHT de Bretagne Occidentale

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à la démarche mise en place par le GHT de Bretagne Occidentale pour déployer un DPI convergent sur son territoire.

⁶³ Routelous, C. « Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail ». Dans : Louazel M., Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, pages 203-218.

⁶⁴ Charles, J. op. cit.

2.3.1 Contexte

Le GHT de Bretagne Occidentale est composé des sept établissements du Finistère nord précédemment cités (cf. Introduction), et prévoit dans sa convention la mise en place d'un DPI convergent au sein du GHT. Une direction des systèmes d'information (DSI) commune a donc été mise en place au sein de l'établissement support, le CHU de Brest.

Un état des lieux des différents dossiers patients informatisés du territoire a tout d'abord été réalisé, qui a révélé de fortes hétérogénéités : trois DPI différents étaient en place sur le territoire avec des différences dans le degré d'informatisation des services au sein d'un même établissement. Ainsi, le choix a été fait par la DSI de mettre en place un DPI unique au sein du territoire, préférant cette solution plutôt que d'essayer de rendre ces différents dossiers patients interopérables entre eux. Ce choix est également perçu comme une opportunité de mettre en place des processus communs entre les établissements membres du GHT, facilitant l'intervention des professionnels, nombreux à être en exercice partagé au sein des différents établissements, jusqu'à plus de 50 % des professionnels médicaux dans certains établissements. Grâce à un identifiant unique du patient, les professionnels du territoire pourront bénéficier de la totalité des informations concernant le parcours d'un même patient, ce qui permettra d'améliorer sa prise en charge.

Un groupe projet a donc été mis en place pour prospecter sur la solution la plus adéquate : le logiciel Easily, DPI créé par les Hospices Civiles de Lyon et géré par le GIE Hopsis a été sélectionné pour être déployé sur le GHT. L'objectif est, à terme, de déployer le logiciel sur la totalité du GHT : le choix a été fait de réaliser un allotissement du projet, dont la totalité des lots n'est cependant pas encore totalement définie. Le premier déploiement du logiciel concernera une partie du service de maternité-gynécologie du CHU de Brest, qui n'était que partiellement informatisé. A la suite, ce sont soit les EHPAD soit le reste de la médecine-chirurgie qui suivront, pour finir par les établissements extérieurs au CHU. Le logiciel Easily nécessite, lors de sa livraison, de réaliser de nombreux paramétrages pour l'adapter aux besoins des établissements. La direction prise par le GHT Bretagne Occidentale a été de créer trois groupes de travail au sein de la gestion de projet : un groupe projet concernant la partie médicale, un groupe projet pour la partie paramédicale, et un groupe projet pour les secrétariats médicaux. C'est au sein de ce dernier groupe que j'ai réalisé mon alternance.

Pour adapter au mieux le logiciel aux besoins des professionnels et favoriser leur adhésion au projet, la direction a fait le choix de procéder à une gestion de projet participative, incluant des « experts-métiers » représentatifs de chaque corps de métier, issus de chacun des différents établissements du groupement. L'objectif est, au travers de

réunions de concertation, à la fois disponible en TEAMS ou en présentiel, de permettre d'élaborer des processus communs, tirant des forces d'un établissement pour combler les faiblesses d'un autre. Une fiche de mission a donc été transmise aux cadres de santé, qui l'ont eux-mêmes communiqués par voie d'affichage aux secrétaires. Les secrétaires médicales expertes-métiers ont été recrutées en interne à la suite d'un entretien téléphonique avec la référente métier du groupe de travail secrétariat. Au total, une trentaine d'expertes-métiers, ont été sélectionnées, permettant de représenter la totalité des établissements.

2.3.2 La démarche de co-construction comme ligne directrice du projet

Deux grands domaines pouvant donner lieu à des réunions de concertation ont été définis : le premier est celui de la gestion documentaire, contenant la communication extérieure aux établissements, l'archivage et les logiciels de reconnaissance vocale. Le second concerne la partie agenda, et inclus la programmation de rendez-vous, d'hospitalisation, de téléconsultations ou téléexpertises, ou encore la programmation d'hôpitaux de jour multi-spécialités... Ces réunions ont débuté au mois de juin 2023 et permettent de favoriser l'intelligence collective afin de créer de nouveaux processus communs : *« C'est tout l'ambition du projet : c'est de partager un DPI sur le territoire, ce qui est extrêmement ambitieux et pas facile, et donc il fallait réunir des professionnels représentatifs de tous, afin de co-construire le nouvel outil, pour que chacun se sente reconnu dans ses besoins, dans ses pratiques »* (Cadre supérieure de santé en charge de la communication). Cette idée de représentativité est également revenue au cours d'un entretien avec une directrice de la direction de la stratégie, des projets et de la transformation : *« il ne faut pas que cela ne devienne personne-dépendant, il faut que la personne elle comprenne qu'elle n'est pas là pour elle mais en représentation de l'équipe »* ajoutant *« c'est bien de ne pas avoir que des pro-changements, mais aussi des réticents, enfin..., il faut avoir des leaders d'opinions »*. L'objectif est ainsi de sélectionner des personnes qui seront capables de discuter d'un changement, tout en défendant les enjeux de leur service. Cela permettra d'investiguer de nombreux aspects du changement, et ainsi se préparer à affronter les différents points de vue qui ressortiront lors de la mise en place effective du projet.

Au total, quatre réunions pour les secrétaires ont eu lieu sur la partie documentaire, et deux sur la partie agenda. L'ambition était de discuter des manières de faire actuelles, des besoins des professionnels, dans l'objectif de pouvoir paramétrer le logiciel en conséquence. En complément de ces discussions, lors de chacune des réunions, l'équipe projet effectue des démonstrations sur les façons de naviguer dans le

logiciel, « où les professionnels vont retrouver de brides, des morceaux de leur réflexion, des choix qu'ils ont pu faire en collectif » (Cadre supérieure de santé en charge de la communication), leur permettant de se projeter dans l'usage du futur logiciel « dans l'ensemble, cela me paraît quand même plutôt adapté à nos besoins » (secrétaire experte-métier interrogée). Depuis le mois de février 2024, des ateliers mixtes réunissant à la fois les secrétaires médicales et les médecins ont été mis en place. C'était un souhait de l'équipe projet qui semble être partagé par les experts-métiers : « je pense que c'est important qu'on fasse des réunions à la fois avec les médecins, secrétaires, pour interroger les pratiques » (secrétaire experte-métier interrogée), « on participe tous à la prise en charge du patient, et cela nous permet de voir nos problématiques communes » (secrétaire experte-métier interrogée).

Un atelier permettant de tester la solution de reconnaissance vocale a également pu être mis en place, au cours duquel des binômes de secrétaires et médecins ont pu expérimenter la solution retenue : « On avait eu une réunion sur le logiciel de reconnaissance vocale, et on avait pu donner notre avis sur ça, j'avais bien aimé » (secrétaire experte-métier interrogée). Réitérer ce type d'atelier est la principale demande ressortie de mes entretiens : les experts-métiers souhaiteraient davantage naviguer dans le logiciel. Ce type de phase test n'a cependant pas pu être davantage réalisé, la cheffe d'équipe en charge des secrétariats explique : « le fait de pratiquer, le souci c'est le matériel pour le faire, on a essayé un peu, mais ce n'était pas simple sur le si peu de temps, [...], parce que pratiquer, ça veut dire qu'il faut au moins une journée, et là on rentre plutôt dans le processus de formation ».

En outre, un processus d'information a été réalisé. Dès le mois d'avril 2023, des vidéos de présentations du logiciel ont été publiées sur l'intranet des différents établissements, précédées du discours d'ouverture du projet. En complément, au CHU de Brest, une information sur la disponibilité de ces vidéos a également été transmise dans une des newsletters envoyées de manière hebdomadaire à la totalité du personnel de l'établissement. Plus récemment, deux types de communication ont eu lieu ciblant l'ensemble du personnel du CHU : un dépliant a été inséré dans les fiches de paie, présentant le projet et ses enjeux. Il a également été transmis par mail aux directions des autres établissements du GHT. Une vidéo de présentation des réunions experts-métiers a aussi été réalisée par la cadre supérieure de santé en charge de la communication sur le projet : elle met en avant des experts-métiers des trois groupes de travail, chacun d'entre eux étant issus d'un établissement différent. Cette vidéo a été diffusée par le biais de la newsletter du CHU de Brest, et par communication aux directions des établissements parties au GHT. L'objectif de cette communication était de présenter le changement de DPI sous le prisme du patient, pour permettre aux professionnels d'en comprendre le

sens, de pouvoir s'identifier à cet objectif. Lors de mes entretiens, j'ai pu remarquer qu'à la question « que connaissez-vous du futur dossier patient informatisé ? », le premier élément qui m'a été remonté est les bénéfices pour le patient : « *Pour le patient, je trouve ça super, on perd plus de temps à envoyer des courriers, scanner, le GHT il faut que ça serve à ça, accélérer le parcours patient, que y ait une traçabilité et qu'on ne perde plus d'informations* » (secrétaire experte-métier interrogée), « *Je trouve ça génial que ce soit GHT, pour améliorer la continuité des soins, ça permet au médecin d'avoir le parcours complet, et pas en fonction de ce que la patiente décide de raconter* » (secrétaire du service pilote), suivi d'une amélioration de leurs conditions de travail, facilitateur dans leurs missions quotidiennes : « *en un coup d'œil, on peut passer du rendez-vous aux comptes rendus, pour favoriser l'accueil physique et téléphonique, ça permet d'être plus rapide vu que tous les logiciels seront incorporés, sans avoir à se connecter, se déconnecter* » (secrétaire experte-métier interrogée).

Mes entretiens m'ont cependant permis de constater que cette communication ne redescendait pas de la même manière dans tous les établissements : deux d'entre elles me témoignent n'avoir jamais vu la vidéo, et ne pas avoir eu connaissance de l'onglet DPI sur l'intranet, où l'avoir découvert « *par hasard* » (secrétaire experte-métier interrogée).

En parallèle, un travail de préparation du logiciel aux besoins du service pilote a été mis en place. Un médecin a été nommé référent, permettant de remonter une grande partie des informations, notamment concernant les documents à inclure dans le logiciel. Cependant, des lacunes persistaient, notamment concernant le recueil de besoins de la partie agenda. La cadre de santé nous a donc mis en contact avec une secrétaire dont elle trouvait avoir le profil adapté pour être référente du service, et être ainsi le « porte-parole » de ses collègues. Après plusieurs semaines, cette secrétaire référente nous a exprimé ne pas avoir la réponse à toutes les questions : une secrétaire de chaque secteur a ensuite été incluse, de manière à pouvoir préparer le logiciel au déploiement. Il en ressort une réelle satisfaction chez les professionnels inclus : « *Notre plus grosse crainte c'était que notre logiciel de prise de rdv qu'on utilise au quotidien soit totalement différent, et il l'est, mais on a été tellement bien accompagnées que je trouve que ça va* » (secrétaire du service pilote). Cependant, elles m'ont remonté une forte inquiétude quant à l'impact sur l'organisation de leurs postes de travail. En effet, l'équipe en charge de l'informatique est venue à deux reprises visiter leurs bureaux, afin de prévoir le matériel à commander. Cependant, l'avis des secrétaires n'a pas été, d'après elle, suffisamment pris en compte. Ces propos témoignent de l'angoisse qu'elle a pu ressentir : « *en plus Madame X, elle est gentille, mais elle y va : y aura un écran là, ça là, ça là, puis à un moment donné je dis "ben ouais mais bon, y aura pas assez de prises ?!" , et on me dit "ah mais oui y a pas assez de prises !"* » (Secrétaire du service pilote), m'expliquant

craindre de se retrouver le jour du déploiement avec des techniciens dans son bureau pour lui installer son nouveau poste de travail. A la suite de cet échange, de manière à atténuer ces fortes appréhensions, nous sommes allés voir avec elle la manière dont il serait le mieux d'aménager leur bureau, et les avons informés que ce matériel serait mis en place au plus tôt, au minimum un mois avant le déploiement du logiciel, pour qu'elles puissent s'y habituer.

De manière plus générale, ce mode de fonctionnement semble être plutôt satisfaisant pour les professionnels interrogés : « *les intervenants sont toujours agréables, les échanges sont chouettes, c'est toujours un très bon moment d'aller à ce genre de réunion* » (secrétaire expert-métier interrogée), tout comme pour les gestionnaires du projet, qui témoignent d'une très forte participation avec un taux de participation à plus de 75 %, de très bons échanges en réunion, et des retours très positifs des professionnels.

En questionnant les différentes secrétaires référentes et expertes-métiers, elles m'ont témoigné une plus forte inquiétude chez leurs collègues qui n'ont pas participé de manière directe au projet : « *Mes collègues appréhendent pas mal, surtout qu'elles n'ont pas vu le logiciel, alors que moi je me projette peut-être un peu plus d'avoir vu le logiciel* » (secrétaire experte-métier interrogée), « *Mes collègues sont plus effrayées par le changement* » (secrétaire du service pilote). Ceci paraît être le témoin d'une meilleure appropriation du logiciel par les personnes qui ont participé au projet.

Au total, deux de nos hypothèses sont validées : comme nous l'avons vu, il est nécessaire de sélectionner les professionnels pour garantir leur légitimité dans le projet. Il faut sélectionner des personnes qui soient capables de porter la voix de leurs collègues, permettant d'exprimer au mieux les enjeux de leurs services, dont la majorité est capable de se projeter dans une nouvelle organisation. La participation des professionnels au projet semble donc garantir la réussite du projet, permettant de prendre en compte les besoins des professionnels, tout en leur expliquant les contraintes existantes. Cependant, les avis divergent sur l'efficacité de cette conduite de projet par rapport à une conduite de projet classique. En effet, la directrice interrogée nous témoigne qu'en général, dans les projets qu'elle a mis en place, inclure les professionnels entraîne souvent un retard dans la conduite du projet, avec « *le risque principal de ne pas aboutir totalement à ce qu'on voulait* », ce qui explique, selon elle, les réticences des chefs de projets à utiliser ce type de démarche. Cependant, dans notre projet, l'équipe projet semble plutôt satisfaite de la méthode utilisée : « *C'est vrai que c'est souvent plus long sur la phase préparatoire, mais au global ce qu'on va mettre en place, ce sera bien, et on aura moins de corrections à faire, et surtout on aura l'acceptation du changement. [...] En faisant de cette manière-là pour moi on peut gagner un tiers du temps sur le projet* » (cheffe d'équipe en charge de la

partie secrétariats). Aussi, il serait important de pouvoir analyser davantage ce point pour pouvoir déterminer sa réelle efficacité.

3 Des leviers pour améliorer l'appropriation des outils

Suite à l'analyse de la gestion de projet participative au GHT de Bretagne Occidentale, nous pouvons distinguer trois préconisations pour permettre d'améliorer l'appropriation de nouveaux outils. La première consistera à encourager la mobilisation du *middle management*, c'est-à-dire des cadres de santé et chefs de services à l'hôpital. La seconde traitera des différentes modalités d'inclusion des professionnels pour enfin aboutir sur la création de plans de communication adaptés à des projets d'une telle envergure.

3.1 Définir le rôle de chaque acteur

Le rôle des acteurs « traditionnels » des projets est souvent bien défini : le chef de projet est promu et reconnu comme tel par tous, tout comme les équipes projets. Cependant, lorsqu'on a recours à une conduite de projet participative, il est nécessaire de définir le rôle de chaque acteur supplémentaire de façon à ce que le projet soit le plus efficient possible.

3.1.1 Experts-métiers

Les experts-métiers jouent un rôle conséquent dans ce type de projet. En effet, il n'est pas possible d'inclure la totalité du personnel des différents établissements. Le recrutement des experts-métiers est donc un enjeu crucial pour la réussite du projet. Il faut réussir à sélectionner des personnes capables d'être le porte-parole de leurs collègues. Deux enjeux conséquents ressortent de cette mission.

D'une part, il est nécessaire de choisir des personnes qui détiennent la capacité de prendre du recul sur leurs propres positionnements pour pouvoir exprimer celui des autres.

D'autre part, il faut que ces personnes soient connues de leurs collègues, mais également reconnues comme légitimes pour exercer ce rôle. En effet, il faut que les autres professionnels puissent avoir suffisamment confiance en l'expert-métier pour venir leur exprimer leurs préoccupations et ainsi avoir des réponses par son intermédiaire. Dans ce projet, mes entretiens avec deux secrétaires du service pilote m'ont appris qu'elles ne connaissaient pas, ou peu le rôle d'expert-métier sur le projet, et ne connaissaient pas la personne qui incarnait ce rôle dans leur pôle, précisant : « *je trouve cela dommage qu'il n'y ait pas une d'entre nous, qui sommes pourtant le service pilote* »

(secrétaire du service pilote). Il est donc nécessaire de communiquer le nom des experts-métiers qui seront ressources de leurs pairs durant la durée du projet.

Il n'est cependant pas obligatoire que tous les experts-métiers soient pro-changements, mais il faut que ce soient des personnes capables d'exprimer le point de vue de leur équipe, qui sachent faire preuve d'ouverture d'esprit pour ensuite pouvoir concilier leurs demandes avec les contraintes du projet. Ces experts-métiers seront alors des personnes ressources et facilitatrices lors du déploiement du logiciel dans leur service.

Enfin, il est nécessaire de s'accorder sur le niveau d'investissement qu'il est attendu de la part des experts-métiers. En effet, il était prévu dans la fiche mission deux à quatre heures de réunions par mois. Finalement, il s'est passé plusieurs mois sans que ces réunions n'aient lieu, ce qui a pu entraîner de la lassitude chez certaines, et risque d'engendrer une perte de motivation : « *Les réunions par contre sont pas très régulières, je trouve que c'est pas hyper régulier, j'aimerais bien que ça le soit davantage* » (secrétaire experte-métier interrogée). Ainsi, pour améliorer l'adhésion des professionnels à leur mission, il est nécessaire de se tenir aux engagements faits. Si cela n'est pas possible, il est nécessaire d'informer les professionnels expliquant que durant un certain temps, elles ne seront plus sollicitées, tout en y précisant les raisons. Il est également essentiel de prévenir l'encadrement, de manière à pouvoir adapter l'organisation du service.

3.1.2 Mobiliser l'encadrement direct des professionnels

Dans le cas du GHT de Bretagne Occidentale, les cadres de santé n'ont été que très peu mobilisés. En effet, outre leur sollicitation pour le recrutement des experts-métiers et des référentes du service pilote, les cadres de santé n'ont été que très rarement consultés. En effet, aux décours de discussions informelles avec ces dernières, elles m'ont expliqué ne pas bénéficier d'information sur le projet, seulement par le biais des communications institutionnelles telles que les newsletters, ou les remontées que leurs font les professionnels experts-métiers du projet issus de leur service. Les secrétaires médicales du service pilote m'ont également fait part de leurs ressentis face à cette situation : « *Nous on a des infos avec vous et le docteur X. Les cadres elles ne communiquent pas du tout. Jamais. Jamais. JA-MAIS* ».

Informé, mais surtout mobiliser les cadres intermédiaires serait donc un réel avantage pour le projet. En effet, pour John Kotter, « la réussite d'un changement passe

par la mobilisation et l'engagement des managers »⁶⁵. Cela permettrait de créer un réel soutien pour les professionnels qui seront les premiers concernés par ce changement organisationnel. Ils seront également un relais important du changement : ils pourraient ainsi faire l'intermédiaire avec l'équipe projet, qui ne peut malheureusement pas être assez présente au niveau de tous les professionnels, du fait de sa taille restreinte. Cela serait également une occasion de créer des espaces de discussion qui permettront d'augmenter les interactions entre les professionnels et les cadres, de renforcer leur relation en prenant en compte leurs préoccupations et en tâchant de trouver des solutions communes. Une relation de confiance pourra donc s'établir, basée sur le respect de chacun.

Mobiliser l'encadrement est également un point essentiel pour permettre de mettre en place les conditions de la participation des professionnels. En effet, dans la fiche mission de recrutement des experts-métiers secrétaires médicales, l'une des missions qui leur a été attribuée était de « se concerter et assurer le relais avec les autres professionnels »⁶⁶. Cependant, il était nécessaire que ces secrétaires médicales aient l'opportunité d'échanger avec les autres professionnels de leur service ou pôle, ce qui n'a pas toujours été le cas, d'après les dires des secrétaires du service pilote. Cependant, l'organisation de temps de partage en équipe n'est pas du ressort du groupe projet, mais plutôt de l'encadrement qui pourra trouver le moment, le lieu et la manière le plus opportun pour que les professionnels puissent mener à bien cette mission. En ce sens, elle donnera le moyen aux experts-métiers de réaliser leur travail dans des conditions opportunes, ce qui améliorera l'appropriation de tous les professionnels.

Le processus d'enrôlement des acteurs est donc important et nécessite d'être pris en compte dès le cadrage du projet. Chacun doit connaître les attendus et les frontières de son rôle pour pouvoir exercer ses missions de la manière la plus efficiente possible.

3.2 Diversifier les modalités d'inclusion des professionnels pour se projeter davantage et en réaliser une évaluation

Dans une conduite de projet participative, il est également important de diversifier les modalités d'inclusion des salariés, de façon à avoir des retours les plus constructifs possibles. Bien qu'il soit important, tout au long du projet, de faire attention aux différents

⁶⁵ Autissier, D., Moutot, J. *Méthode de conduite du changement: Diagnostic, Accompagnement, Performance*, Dunod, 2023

⁶⁶ Fiche mission « Expert Métier Secrétaire Médicale DPI »

signes d'une bonne participation, il est important à la fin du projet, ou, dans le cas de projet long, lors de chaque étape du projet, de réaliser une évaluation des processus de participation, de manière à voir ce qu'il faut corriger pour la suite du projet ou lors de projets futurs.

3.2.1 Différentes formes d'inclusion des professionnels

Comme nous l'avons vu précédemment, la co-construction peut prendre différentes formes.

Lors de réunions de concertation, comme celles qui ont été mises en place par le GHT de Bretagne Occidentale, il est nécessaire de réussir à créer un espace de confiance qui permette à chaque professionnel de s'exprimer librement. Il peut ainsi être intéressant, lors des premières réunions, de mettre en place quelques règles permettant une fluidité des échanges.

Dans ce projet, l'idée de mettre en place des ateliers par groupe de professionnel est plutôt pertinente, car cela a permis d'étudier les différents processus essentiels au métier de secrétariat dans l'usage du dossier patient informatisé. Mettre en place des temps d'échanges pluridisciplinaires a également été perçu comme bénéfique par l'ensemble des secrétaires interrogées, permettant de s'accorder sur des processus dans un milieu où les frontières entre les différentes professions peuvent être fines. Les gestionnaires de notre projet souhaiteraient continuer dans cette direction, en réalisant davantage de réunions de concertation incluant médecins et secrétaires médicales. Cependant, je pense qu'il ne faut pas négliger les ateliers en groupes restreints. En effet, la culture du médecin avec sa secrétaire est encore très présente dans le monde hospitalier, et certaines secrétaires peuvent donc ne pas se sentir à l'aise de s'exprimer sur des questions complexes en présence de médecins, qui étaient jusqu'à peu, leur supérieur hiérarchique. Il est donc important de garder des temps d'échanges intra-professionnels pour garantir l'expression de chacun.

De plus, Autissier parle d'*experiential learning*, de *learning by doing*⁶⁷ comme l'une des formes qui permet le plus de s'approprier les changements. Les personnes seraient plus à même de se projeter dans le futur changement si elles peuvent expérimenter et visualiser ce futur changement. En effet, la demande principale qui est ressortie dans la totalité de mes entretiens est le souhait de pouvoir pratiquer : « *ce qui me manquerait c'est d'être sur le logiciel et de pratiquer pour me rendre compte de l'ergonomie du logiciel* » (secrétaire experte-métier interrogée), « *ce serait bien d'avoir une séance ou on*

⁶⁷ Autissier, D., Moutot, J. *op.cit*

peut pratiquer avec l'ordinateur, parce que je pense que c'est là que viendraient certaines questions, et on se dirait là nous on fait comme si, là-bas ils font comme ça » (secrétaire experte-métier interrogée). Leur demande est légitime, mais paraît compliquée à mettre en place pour la cheffe de projet, comme précisé précédemment (cf. partie 2.3.2). Ainsi, dans la mesure du possible, il me paraît souhaitable de mettre en place des petits ateliers, planifiés sur un domaine spécifique, permettant aux experts-métiers de mettre en discussion certains process, ce qui donnera l'occasion au projet d'évoluer, mais également de rassurer les professionnels et qu'ils puissent ainsi se l'approprier davantage.

3.2.2 Réaliser une évaluation de la participation des professionnels

Bien que certains indicateurs plus ou moins formels peuvent permettre de déterminer dans un premier temps la qualité du mode de participation (on peut citer dans le projet du CHU un taux de participation très élevé, de 75 % chez les experts-métiers, avec des retours positifs, de très bons échanges lors des ateliers), il est nécessaire de prendre le temps de réaliser une réelle évaluation du processus participatif tenu durant ce projet, de manière à l'ajuster dans les phases postérieures du projet, mais également pour permettre d'améliorer l'efficacité de projets futurs.

Comme me l'a dit une directrice interrogée, au CHU de Brest, la démarche participative est encore à ses prémices. Très peu de projets sont mis en place de cette manière, même si cela tend à se développer de plus en plus. Cependant, elle m'expliquait qu'ils font rarement une évaluation du projet, souvent par manque de temps, un projet fini étant souvent remplacé par un autre. Cependant, tous les gestionnaires du projet interrogés ont la volonté d'évaluer le dispositif mis en place. Davier Autissier considère qu'il est indispensable de suivre une logique « Actions – Résultats – Corrections »⁶⁸ afin de déterminer si l'adhésion au projet a augmenté, la participation des bénéficiaires des actions de conduite du changement, le niveau d'information général des personnes. Dans notre cas, ce type de démarche serait essentiel, de manière à pouvoir ajuster la conduite du changement lors des déploiements futurs.

⁶⁸ Autissier, D., Moutot, J. *op.cit*

3.3 Peaufiner son plan de communication à l'échelle du territoire pour permettre information et transparence

Nous l'aurons compris, l'adhésion est un élément essentiel à l'appropriation de nouveaux outils. L'un des principaux outils permettant l'adhésion des professionnels est la communication.

3.3.1 Une communication informative adaptée au territoire

Il est difficile de trouver la limite entre communiquer trop peu et pas assez. Pierre Colletterte précise que la communication est « un aspect fondamental du changement organisationnel »⁶⁹. C'est en effet le principal moyen d'intervention auprès des personnes touchées par ce changement, permettant une influence mutuelle des destinataires du changement. Il précise qu'il est souhaitable de mettre en place cette communication dès le début de la démarche, dans l'objectif d'expliquer l'origine de ce changement et de lui donner du sens. Il précise également que cela représente une forme de respect envers les personnes destinataires de ce changement, témoignant d'une prise en considération de leur besoin d'information.

Colorette explique cependant que la communication de masse est utile, mais ne permet pas de toucher les personnes. Comme nous l'avons vu précédemment, il faut que les personnes fassent l'effort de lire le contenu des documents qui leur sont communiqués, ce qui n'est pas toujours le cas. Il est donc important d'avoir des contacts directs avec les professionnels pour leur permettre d'être davantage sensibilisés au changement à venir. Toutefois, dans des organisations telle que la nôtre, en configuration GHT, il n'est pas possible de réaliser ce type de démarche par l'équipe projet. C'est pourquoi il est indispensable de pouvoir réaliser ce type de communication par le biais de l'encadrement et des leaders d'opinions, comme précisé antérieurement, qui dans notre cas, seront principalement les experts-métiers. La dimension symbolique d'avoir pris le temps de discuter avec eux est souvent plus importante que le temps qui leur est concrètement accordé : les personnes se retrouvent alors davantage dans des dispositions positives au changement.

Il est important de ne pas surcharger le personnel d'information, qui sont déjà pris dans leurs routines de travail. Aussi, mon enquête a révélé que le mode de communication par l'organisation au travers de la newsletter ne semblait pas adapté aux secrétaires, qui se trouvaient à ne plus lire cette newsletter par manque de temps. J'ai également pu remarquer lors d'échanges informels avec d'autres secrétaires que

⁶⁹ Colletterte, P., *Comment communiquer le changement?*, *Gestion*, 2009, pages 39-47

certaines n'étaient que très peu au courant de ce projet, à partir du moment où elles ne sont pas dans le service pilote ou dans le groupe d'experts-métiers. Il serait sans doute souhaitable de créer un canal de communication GHT, et non pas CHU, pour renforcer l'aspect collectif du projet, qui serait proposé à tous, par exemple sous la forme d'un mail DPI, à part entière de la newsletter, de façon mensuelle ou trimestrielle.

Un point est cependant à éclaircir en amont : il est nécessaire de s'accorder sur la totalité du territoire des communications qui seront mises en place. En effet, le projet étant GHT, les secrétaires des établissements extérieurs à l'établissement support m'ont fait part des différences de niveau d'information sur le projet au sein de leurs établissements. C'est cependant un point que j'ai pu creuser avec la cadre supérieure de santé en charge de la communication qui m'a expliqué ces hétérogénéités par des différences de points de vue dans la gestion du changement au sein des directions des établissements. Certaines ne redescendent pas les différents supports de communication (vidéo explicative, fascicule informatif...) car jugent la communication de ces informations trop précoce par rapport aux dates de déploiement des établissements partenaires, qui ne sont pour le moment pas connues de manière exacte, mais savent qu'ils se placent en dernière position dans le déploiement du logiciel. Ainsi, il est primordial de s'accorder sur les communications effectuées au sein du projet pour garantir l'adhésion de professionnels à ce projet GHT, au risque que les professionnels se retrouvent à subir ce changement comme étant décidé par l'établissement support.

3.3.2 Une communication transparente

Un point primordial dans une communication est de le faire avec transparence.⁷⁰ En effet, Céline Bareil nous précise qu'il est nécessaire de ne pas cacher les points bloquants, mais de les exprimer en expliquant les causes. L'objectif est que les personnes soient en capacité de comprendre les différentes problématiques, ce qui améliorera la confiance dans le projet et les gestionnaires. Sinon, le risque est l'apparition de méfiance et de perte de confiance, qui sera dès lors très difficile à regagner.

Dans le projet du GHT de Bretagne Occidentale, il serait intéressant de communiquer de nouveau sur le rythme de déploiement du logiciel. Lors du cadrage de projet, il était prévu un déploiement dans le service pilote pour la fin d'année 2023. Aujourd'hui, le projet avance avec un an de retard, et un déploiement prévu pour le dernier trimestre de l'année. Ainsi, bien que le service pilote soit davantage au courant de l'avancée du projet, les autres établissements sont en manque d'information. Ils ne

⁷⁰ Bareil, C., *Comment réussir son projet de transformation*. Gestion, 2016, n°41, 102-105

disposent pas d'une potentielle date de déploiement dans leur établissement, mais sont rattrapés par le principe de réalité : le déploiement dans leur établissement initialement prévu pour cette fin d'année ne pourra avoir lieu puisque celui du service pilote n'a pas eu lieu. Ainsi, communiquer un calendrier prévisionnel pourrait avoir un double avantage : il permettrait aux experts-métiers de pouvoir commencer à en discuter avec leurs collègues, et de permettre à tous de mieux se projeter, mais également à la direction des établissements de se projeter davantage et ainsi, de les encourager à communiquer les différents supports aux professionnels.

Communiquer un calendrier prévisionnel, expliquant les causes des retards permettra de renforcer la confiance et la crédibilité dans la gestion du projet et selon Pierre Collerette, est une manière « de continuer sur une base de respect plutôt que de devoir surmonter une barrière de méfiance et de suspicion ». ⁷¹.

Cependant, une nuance reste à aborder : une communication transparente ne suppose pas une avalanche de communication : il est nécessaire de communiquer aux professionnels les points importants qui les concernent. Par exemple il est nécessaire de communiquer sur le calendrier, mais également sur les différentes formes de soutiens qui seront proposées aux destinataires du changement lorsqu'il sera effectif ⁷² : on peut prendre l'exemple des formations, qui sont revenus comme une source d'inquiétude lors de mes entretiens. Ainsi, informer les professionnels des diverses modalités de formations qui leur seront proposées avant le déploiement permettrait de grandement les rassurer. Cependant, il ne faut pas rentrer dans des points techniques qui risqueraient de ne pas être compris. L'objectif est d'apaiser les inquiétudes, et de continuer un travail d'adhésion des professionnels qui leur permettra, à terme, de s'approprier davantage l'outil. Il ne faut pas tout communiquer pour ne pas submerger les professionnels d'informations : il n'est pas nécessaire de communiquer sur les aspects techniques du projet qui risquent de les perdre. Il faut donc réaliser une communication transparente, mais adaptée à ses interlocuteurs. Il peut donc être intéressant de réaliser des communications différentes en fonction des personnes à qui elles sont adressées.

⁷¹ Collerette, P., *Comment communiquer le changement?*, Gestion, 2009, page 42.

⁷² *Ibid.*

Conclusion

Ce travail visait à analyser, au travers de l'exemple de la mise en place d'un DPI commun à un GHT, si la participation de professionnels permettait une meilleure appropriation du projet. En effet, nous aurons compris qu'un projet de changement de système d'information est toujours un projet complexe et structurant pour une organisation. Il l'est encore plus lorsqu'il a pour objectif d'être déployé dans plusieurs établissements d'un même territoire. Différents enjeux se posent lors du changement de DPI à l'échelle d'un GHT : il existe évidemment des enjeux législatifs et sécuritaires, mais également d'amélioration du parcours du patient et de transformation des habitudes de travail des professionnels. Il y a également un enjeu culturel sous-jacent, rendant plus tangible la notion de GHT. C'est pour toutes ces raisons que ce changement risque, sans accompagnement, d'entraîner de nombreuses réticences.

Une conduite de projet participative est souvent perçue comme plus contraignante qu'une conduite de projet classique : elle engendre un nombre d'interlocuteurs plus important et nécessite la mise en place de dispositifs de négociation spécifiques avec un processus de décision bien défini. Ceci peut donc engendrer une augmentation du temps de conduite de projet, et ainsi, augmenter les coûts du projet en comparaison avec une conduite de projet traditionnelle. Cependant, cette dernière a de multiples avantages : elle permet aux professionnels de se projeter dans le projet en amont de son déploiement, ce qui entraîne une meilleure adhésion des professionnels inclus. Ceci est confirmé par mon enquête qui démontre la satisfaction de ce mode de gestion, avec moins d'appréhension du déploiement du projet chez les professionnels inclus dans le projet que chez leurs collègues exclus. Moins de résistances risquent également d'être rencontrées lors du déploiement du projet à plus grande échelle puisque les professionnels non inclus directement verront leurs craintes être rassurées par leurs collègues ayant participé au projet. La communication par les pairs est en effet souvent plus efficace que la communication institutionnelle. Cependant, ce dernier point n'est possible que si les professionnels inclus dans le projet sont légitimes vis-à-vis de leurs collègues, ce qui suppose une sélection préalable à l'inclusion dans le projet.

Au-delà des aspects concrets du projet, elle permet également une amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels engagés dans le projet en augmentant leur niveau d'implication dans l'établissement, et en prenant part à un collectif. C'est d'ailleurs souvent dans un objectif d'épanouissement professionnel que les personnes sont volontaires pour s'investir dans de tels projets. La participation à des projets institutionnels peut également être source d'une amélioration des relations avec la

hiérarchie des professionnels, permettant de développer une relation de confiance durant le projet, qui est donc une opportunité pour améliorer les relations à l'échelle du service.

Différentes recommandations sont cependant ressorties de cette enquête : il est en effet nécessaire de ne pas négliger la période d'enrôlement des professionnels, de manière à ce que chacun trouve sa place dans le projet, permettant ainsi d'améliorer son efficacité. Diversifier les modalités de participation des professionnels est également un axe de réussite du projet, sans négliger les phases de tests, modalité issue du management de projet agile, qui permet d'améliorer l'appropriation du projet. Enfin, il est nécessaire de faire une évaluation de la participation des professionnels pour ensuite adapter le plan de communication en conséquence.

Durant mon enquête, j'ai été surprise par un élément en particulier. Je pensais en effet que les professionnels pourraient être réticents à l'idée d'avoir des processus identiques au sein des établissements du territoire, ce qui entraîne une perte d'identité. Cependant, tous les professionnels interrogés étaient plutôt favorables à cette demande, mettant en avant une meilleure qualité des dossiers patients puisqu'ils seront tenus de manière homogène, et leur permettant de se projeter dans une éventuelle mobilité future plus facile au sein de ces différents établissements. Une seule secrétaire trouvait cela dommage expliquant qu'elle avait l'impression que son établissement perdait d'année en année son identité de CH rural, se rapprochant de plus en plus d'un fonctionnement de CHU.

Toutefois, ce travail nécessiterait d'être approfondi par une évaluation de la participation réelle des professionnels et de leur niveau d'appropriation du projet une fois le projet déployé. Cependant, le projet ayant pris du retard, cela n'a pas pu être le cas. J'aurais également souhaité interroger des secrétaires du service pilote qui n'auraient pas été incluses directement dans le projet, ce qui n'a pas été rendu possible du fait des tensions préexistantes dans le service. Un travail d'analyse auprès des organisations syndicales auraient également pu être davantage instauré, ce qui n'a pas été possible dans le cadre de ce mémoire.

Au final, nous pouvons nous accorder sur le fait que la participation des professionnels améliore l'appropriation de cet outil informatique à l'échelle du territoire, et pourrait donc être une méthodologie de projet à envisager dans des projets complexes similaires.

Bibliographie

Agence du Numérique en Santé, Les dispositifs de la vague 1 du Ségur du numérique en santé, <https://industriels.esante.gouv.fr/segur-numerique-sante/vague-1>

ANAES (2003), *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Dossier du patient : réglementations et recommandations*, juin 2003, 57 pages, https://www.has-sante.fr/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient.

Anap, *Le numérique en santé: réussir la transformation*, <https://anap.fr/s/article/numerique-publication-2726>

ARACT, Associer les salariés à un projet de changement, Guide pratique, décembre 2017, 12 pages

ARS, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire*, fiche 34 disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_34.pdf

Autissier, D., Moutot, J., *Méthode de conduite du changement: Diagnostic, Accompagnement, Performance*, Dunod, 2023, 320 pages.

Bareil, C., *Comment réussir son projet de transformation*. Gestion, 2016, n°41, 102-105

Bareil, C., *La résistance au changement: synthèse et critique des écrits*. HEC Montréal, Centre d'études en transformation des organisations, 2004

Bareil C., Savoie A., *Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel*, Revue Gestion, HEC Montréal, 1999

Baujard, C. & Ben Hamouda, I. (2015). La gestion de projet à l'Hôpital : dossier patient informatisé et qualité de soins. *Recherches en Sciences de Gestion*, 109, 147-164.

Blanpain L., Dejenne B., Gabbay M., Lascar-Guillaume C., Perier F., *Coopérations au sein d'un GHT : bilan après 5 ans de création, Ingénierie biomédicale*, 2022, 37 pages.

Bonthoux T., Lereun R., Plassais O., *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier patient au dossier informatique*, Hôpital Numérique, ANAP, Juin 2015

Cartau, C. « Chapitre 8. Le cas des GHT ». Dans : C. Cartau, *La sécurité du système d'information des établissements de santé*, Rennes: Presses de l'EHESP, 2018, pages 275-281

Cartau, C., Ouvrir son DPI aux patients, oui mais comment ?, dans DSIH, novembre 2017, <https://www.dsih.fr/article/2719/ouvrir-son-dpi-aux-patients-oui-mais-comment.html>

Charles, J. « *Management participatif* », Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart, édité par Guillaume Petit et al., 2ème édition, GIS Démocratie et Participation, 2022

CNIL, *Données de santé : la CNIL rappelle les mesures de sécurité et de confidentialité pour l'accès au dossier patient informatisé (DPI)*, février 2024, [https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-la-cnil-rappelle-les-mesures-de-securite-et-de-confidentialite-pour-lacces-au#:~:text=Le%20dossier%20patient%20informatisé%20\(DPI,facilement%20à%20leurs%20informations%20médicales](https://www.cnil.fr/fr/donnees-de-sante-la-cnil-rappelle-les-mesures-de-securite-et-de-confidentialite-pour-lacces-au#:~:text=Le%20dossier%20patient%20informatisé%20(DPI,facilement%20à%20leurs%20informations%20médicales)

Collerette, P., *Comment communiquer le changement?*, *Gestion*, 2009, pages 39-47

Commission des affaires sociales, Milon, A., *Rapport n°22 (2020-2021), les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin*, 8 octobre 2020, propos introductif.

DGOS, ATIH, *Atlas des SIH 2020, état des lieux des systèmes d'information hospitaliers*, novembre 2021, 161 pages.

DGOS, *Guide méthodologique : Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 26 mai 2016, 130 pages

Dubois D., *GHT : réussir le défi de l'identifiant unique du patient !*, DSIH, mai 2017, <https://www.dsih.fr/article/2493/ght-reussir-le-defi-de-l-identification-unique-du-patient.html>

Eckenschwiller, M., Wodociag, S. & Mercier, S., *La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux*. *Management & Avenir*, 2022, 131, pages 15-38.

FHF, *Cahier Technique sur le Management Participatif et Collaboratif*, Les éditions de la fédération Hospitalière de France, février 2023, disponible sur : [tps://anap.fr/s/article/fhf-cahier-technique-management-collaboratif-participatif](https://anap.fr/s/article/fhf-cahier-technique-management-collaboratif-participatif)

Foudriat, M., *La co-construction: Une alternative managériale*. Presses de l'EHESP, 2019

Foudriat, M. « Chapitre 3. La coconstruction : une proposition praxéologique pour le développement des innovations ». Dans F. Batifoulier & F. Noble, *Conduire l'innovation en action sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Paris, Dunod, 2022, pages 59-69.

IGAS, Cour des Comptes, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1*, décembre 2019, 129 pages.

Kerléo, J., *L'administration de projet : pérenniser le provisoire et l'agilité dans les structures publiques*. Revue française d'administration publique, 2020, n°175, pages 721-734.

Lapeyrie J.B., Espinoux A., Chaudron E., « Renforcer la cybersécurité dans le domaine de la santé », *Gestion Hospitalière*, 2024, n°365.

Néré, J., *Le management de projet*. Presses Universitaires de France, 2021, 128 pages.

Routelous, C. « Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail ». Dans : Louazel M., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, pages 203-218.

Vigneron, B., « Chapitre 6. Le management opérationnel des systèmes d'information ». Dans : Louazel M., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes: Presses de l'EHESP, 2018, pp. 243-266.

Textes législatifs :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé, Journal Officiel, le 27 janvier 2016.

Article R.6132-15.I-, Code de la Santé Publique, 5 mai 2019.

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), Journal Officiel de la République Française, 26 juillet 2019.

Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, Journal Officiel de la République Française, 27 avril 2021

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

Liste des annexes

Annexe I : Cartographie des briques composants le SI

Annexe II : Guide d'entretien pour les secrétaires expertes-métiers

Annexe III : Guide d'entretien pour la secrétaire experte-métier et référente agenda

Annexe IV : Guide d'entretien pour les secrétaires du service pilote

Annexe V : Guide d'entretien pour la cheffe d'équipe du groupe secrétariat

Annexe VI : Guide d'entretien pour la cadre supérieure de santé en mission transversale

Annexe VII : Guide d'entretien pour les professionnels de la direction de la stratégie, des projets et de la transformation

Annexe VIII : Tableau des personnes interrogées

Annexe I : Cartographie des briques composants le SI⁷³

Pilotage médico-économique	Production de soins cliniques		Production de soins médico-techniques	
	Gestion du dossier médical commun et paramédical		Biologie médicale	
	Dossiers médicaux spécialisés		Anatomie et cytologie pathologiques	
	Prescription de produits de santé et actes		Imagerie médicale	
Décisionnel	Urgences		Médicaments	
			Autres plateaux médico-techniques (blocs, exploration...)	
Infocentre	Support			
	Gestion des données administratives du patient	Programmation ressources et agenda patient	Recueil d'activité, production T2A, facturation	
	Gestion des référentiels	Gestion des annuaires	Gestion de la qualité et des risques	
	GEF	GRH	Logistique et services techniques	
Infrastructure	Moyens de communication		Échange de données standardisées	
			Infrastructure de confiance	

⁷³ Vigneron, B., Chapitre 6. Le management opérationnel des systèmes d'information. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes: Presses de l'EHESP, 2018, pp. 243-266, page 247.

Annexe II : Guide d'entretien pour les secrétaires expertes-métiers

Informations sur l'enquêté :

- Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
- Quel est votre parcours de secrétariat médical ? Avez-vous travaillé dans plusieurs services ?
- Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?
- Avez-vous déjà participé à d'autres projets institutionnels ? Si oui, lesquels ?
- Comment êtes-vous devenue experte-métier dans le projet Easily ?

Connaissance du futur DPI :

- Que connaissez-vous du futur DPI ?
- Est-ce que vous savez si Easily, le futur DPI, est ajusté au besoin métier secrétaire ? Si oui, comment ?

Implication dans le projet :

- Comment avez-vous participé au projet DPI ?
- Qu'est-ce que vous pensez de votre implication dans le projet (points positifs / améliorations) ?
- Comment avez-vous des informations sur l'avancée du projet ?

Projection dans le changement :

- Comment percevez-vous le futur changement de logiciel ? Pourquoi ?
- D'après vous, qu'est-ce que le nouveau logiciel va apporter ?
- Que pensez-vous du fait que ce soit GHT ? Quel(s) impact(s) positif(s) ? Quel(s) impact(s) négatif(s) ?
- Avez-vous pu faire remonter vos besoins ? Comment ?
- Comment vos collègues perçoivent-ils le changement ?
- Les sites hors CHU vous semblent-ils intégrés ?

A la fin de l'entretien :

- Trouvez-vous que vos attentes et remarques soient prises en considération ?
- Ce mode de fonctionnement vous convient-il ? Souhaiteriez-vous être d'avantage sollicités ? (ou moins) comment ?
- Est-ce que vous verriez d'autres choses à améliorer ?

Annexe III : Guide d'entretien pour la secrétaire experte-métier et référente agenda

Informations sur l'enquêté :

- Peux-tu me parler de ton parcours professionnel ?
- Quel est ton parcours de secrétariat médical ? As-tu travaillé dans plusieurs services ?
- Depuis quand travailles-tu dans ce service ?
- As-tu déjà participé à d'autres projets institutionnels ? Si oui, lesquels ?
- Comment es-tu devenue experte-métier ? comment es-tu devenue référente agenda ?

Connaissance du futur DPI :

- Que connais-tu du futur DPI ?
- Est-ce que tu sais si Easily, le futur DPI, est ajusté au besoin métier secrétaire ? Si oui, comment ?

Implication dans le projet :

- Comment avez-vous participé au projet DPI ?
- Qu'est-ce que vous pensez de votre implication dans le projet (points positifs / améliorations) ? Concernant ta mission d'experte-métier ? et concernant ta mission de secrétaire référente agenda ?
- Comment as-tu des informations sur l'avancée du projet ?

Projection dans le changement :

- Comment perçois-tu le futur changement de logiciel ? Pourquoi ?
- D'après toi, qu'est-ce que le nouveau logiciel va apporter ?
- Que penses-tu du fait que ce soit GHT ? Quel(s) impact(s) positif(s) ? Quel(s) impact(s) négatif(s) ?
- As-tu pu faire remonter vos besoins ? Comment ?
- Comment tes collègues perçoivent-ils le changement ?
- Les sites hors CHU te semblent-ils intégrés ?

A la fin de l'entretien :

- Trouves-tu que tes attentes et remarques soient prises en considération ?
- Ce mode de fonctionnement te convient-il ? Souhaiterais-tu être d'avantage sollicitée ? (ou moins) comment ?
- Est-ce que vous verriez d'autres choses à améliorer ?

Annexe IV : Guide d'entretien pour les secrétaires du service pilote

Informations sur l'enquêté :

- Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
- Quel est votre parcours de secrétariat médical ? Avez-vous travaillé dans plusieurs services ?
- Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?
- Avez-vous déjà participé à d'autres projets institutionnels ? Si oui, lesquels ?

Connaissance du futur DPI :

- Que connaissez-vous du futur DPI ?
- Est-ce que vous savez si Easily, le futur DPI, est ajusté au besoin métier secrétaire ? Si oui, comment ?

Implication dans le projet :

- Comment avez-vous participé au projet DPI ?
- Qu'est-ce que vous pensez de votre implication dans le projet (points positifs / améliorations) ?
- Comment avez-vous des informations sur l'avancée du projet ?

Projection dans le changement :

- Comment percevez-vous le futur changement de logiciel ? Pourquoi ?
- D'après vous, qu'est-ce que le nouveau logiciel va apporter ?
- Que pensez-vous du fait que ce soit GHT ? Quel(s) impact(s) positif(s) ? Quel(s) impact(s) négatif(s) ?
- Avez-vous pu faire remonter vos besoins ? Comment ?
- Comment vos collègues perçoivent-ils le changement ?
- Les sites hors CHU vous semblent-ils intégrés ?

A la fin de l'entretien :

- Trouvez-vous que vos attentes et remarques soient prises en considération ?
- Ce mode de fonctionnement vous convient-il ? Souhaiteriez-vous être d'avantage sollicitée ? (ou moins) comment ?
- Est-ce que vous verriez d'autres choses à améliorer ?

Annexe V : Guide d'entretien pour la cheffe d'équipe du groupe secrétariat

Présentation de l'enquêtée :

- Peux-tu me parler de ton parcours professionnel ?
- Depuis quand exerces-tu cette fonction ?
- Quelles sont tes missions ?

Démarche mise en place dans le projet :

- Pourquoi le choix d'inclure les professionnels au projet a été fait ?
- Pourquoi avoir fait le choix d'ateliers participatifs ?
- Comment a été diffusé l'appel à candidature des experts métiers ?
- Que penses-tu du degré d'association des professionnels au projet ? Es-tu satisfaite ?
- Quel est le retour des professionnels ?

Stratégie mise en place :

- Comment penses-tu qu'il serait possible d'améliorer la participation des professionnels ?
- Souhaiterais-tu associer davantage les professionnels au projet ? Si oui, comment ?
- Quelle est ta stratégie pour améliorer la participation des professionnels ?

Annexe VI : Guide d'entretien pour la cadre supérieure de santé en mission transversale

Présentation de l'enquêté :

- Peux-tu me rappeler ton parcours professionnel ?
- Depuis quand exerces-tu cette fonction ?
- Quelles sont tes missions ?

Démarche mise en place dans le projet :

- Pourquoi le choix d'inclure les professionnels au projet a été fait ?
- Pourquoi avoir fait le choix d'ateliers participatifs ?
- Que penses-tu du degré d'association des professionnels au projet ? Es-tu satisfaite ?

Retours des établissements :

- Quels retours as-tu des différents établissements ?
- Appréhendent-ils le changement de DPI ?
- Quel est leur point de vue du fait que le projet soit GHT ?

Stratégie de communication :

- Comment communique-tu avec les différents établissements ?
- As-tu prévu de réaliser une évaluation de la participation des professionnels ? Si oui, à quel moment penses-tu le faire ? Comment ?
- Comment réagissent les organisations syndicales à ce mode de participation des salariés ?

Annexe VII : Guide d'entretien pour les professionnels de la direction de la stratégie, des projets et de la transformation

Présentation de l'enquêté :

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
- Depuis quand exercez-vous cette fonction ?
- Quelles sont vos missions ?

Démarche de gestion de projet participative :

- Pourriez-vous me parler des projets dans lesquels vous incluez directement les professionnels ?
- Pourquoi avoir fait le choix d'inclure les professionnels ?
- Comment les incluez-vous ?
- Quels bénéfices tirez-vous d'inclure les professionnels ?
- Quel retour avez-vous des professionnels ?
- Quelles sont les limites à cette participation ?
- Quels points de vigilance tirez-vous de votre expérience ?

Projet DPI :

- Que connaissez-vous du projet DPI ?
- Avez-vous été impliquée dans ce projet d'une manière ou d'une autre ?

Annexe VIII : Tableau des personnes interrogées

Entretien	Fonction	Lieu d'exercice	Durée de l'entretien
1	Secrétaire experte-métier et référente agenda	CH Landerneau	35 minutes
2	Secrétaire experte-métier	CHU Brest	40 minutes
3	Secrétaire experte-métier	CH Presqu'île de Crozon	
4	Secrétaire experte-métier	CH Lesneven	50 minutes
5	Secrétaire du service pilote	CHU Brest	30 minutes
6	Secrétaire du service pilote	CHU Brest	30 minutes
7	Cheffe d'équipe du groupe projet secrétariat	CHU Brest	1 heure
8	Cadre supérieure de santé en mission transversale	CHU Brest	1 heure
9	Chargé de projet	CHU Brest	1 heure
10	Directrice	CHU Brest	45 minutes

COTTEN	Maureen	Juin 2024
M2 AMOS Rennes Promotion 2024		
Le management participatif pour faciliter l'appropriation de nouveaux outils : l'exemple de la mise en place d'un dossier patient informatisé commun à un GHT		
Résumé : La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a imposé la mise en place de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Par la signature d'une convention constitutive, les établissements publics de santé regroupés s'engagent à mutualiser certaines de leurs fonctions, parmi lesquelles la mise en place d'un système d'information hospitalier convergent, dont la mise à disposition d'un dossier patient informatisé (DPI) unique ou interopérable sur le territoire. L'objectif de ce travail est de comprendre comment le management participatif peut permettre d'améliorer l'appropriation de nouveaux outils tels que le DPI. Après l'analyse de la gestion de projet participative mise en place dans un GHT, des recommandations sont proposées pour favoriser l'appropriation de l'outil par les professionnels, notamment au travers de la diversification des modes de participation des professionnels, de l'enrôlement des acteurs ou encore de l'adaptation du plan de communication.		
Mots clés : Conduite du changement ; Gestion de projet ; management participatif ; Dossier Patient Informatisé ; GHT ; Groupement Hospitalier de Territoire ; Secrétariats		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		